



**ERGO- & HANDTHERAPIE
SCHMITZ & LIEB**

Schweigepflichtsentbindung:

Zur Durchführung der Ergotherapie auf Grund der Verordnung vom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

und zur reibungslosen Kommunikation entbinde ich

Name des Patienten/Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters:

Anschrift:

die nachstehenden von mir benannten Personen/ Stellen von Ihrer Schweigepflicht und bin insoweit damit einverstanden, dass diese Daten untereinander austauschen.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Name der Personen/ zum Beispiel Therapeuten, Ärzte, Lehrer, Erzieher:

- Praxis für Ergotherapie Schmitz und Lieb, 78532 Tuttingen / Therapeut/-in:
-
-
-

Datum:

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters