

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen / therapeutischen Schweigepflicht

### Zur Information:

Für Therapien und Besuche bei einem Arzt besteht die im **Strafgesetzbuch festgelegte Schweigepflicht**.

Inhalte der Behandlung dürfen von Therapeuten und Ärzten ohne Erlaubnis des Klienten an keine Personen oder Institutionen weitergeleitet werden.

Weder die Krankenkasse noch der Hausarzt oder andere Personen dürfen sich über die Inhalte der Behandlung erkundigen oder Auskunft erhalten.

Wenn es erforderlich sein sollte, muss sich der Klient in jedem Fall **einverstanden erklären, bevor** Informationen an Dritte weitergegeben werden. Dazu dient diese Schweigepflichtentbindung.

Nur wenn es auch in **Ihrem Interesse** liegt, dass wir mit jemandem über die Therapie- oder auch Beratungsinhalte sprechen bzw. Dokumente übermitteln (z.B. Befundbericht, Testauswertungen) sollten Sie dieses Formular ausfüllen. Nur dann werden wir diesbezüglich Kontakt aufnehmen oder uns bei der von Ihnen gewünschten Person oder Institution dazu äußern.

Hiermit entbinde ich, .....

(ggf. Erziehungsberechtigten)

für mein Kind:

.....

(Name Patient)

.....

(Geburtstag Patient)

.....

(Anschrift Patienten)

die Mitarbeiter des MVZ **von der ärztlichen bzw. therapeutischen Schweigepflicht** gegenüber nachstehend genannten Personen (bitte ankreuzen):

behandelnder Arzt/Ärztin, Kinder- und Jugendpsychiater/in .....

(Name)

Den anderen behandelnden Therapeuten .....

(z.B: Logopäden, Physiotherapeuten...)

(Name)

Sonstige Person/Einrichtung: .....

(Name)

Ich wurde darüber informiert, dass unter Umständen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken, Supervision und Fallbesprechung Videoaufnahmen durchgeführt werden, die nur für praxisinterne Zwecke genutzt und nicht weitergegeben werden. Ich erkläre mich damit einverstanden.

ja       nein

Berlin, den ..... Unterschrift .....

(Unterschrift Patient)

**5A**