



Patienteninformation zur Schweigepflichtsentbindung

**Peter Koschinski
und KollegInnen**

Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse
Paar-, Gruppen- und Familientherapie
Geschlechtsvarianz- und Traumatherapie
Körper- und Gesprächspsychotherapie
Supervision und Lehranalyse

Einwilligung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und zur Datenübermittlung

Zur Durchführung der Therapie und zur reibungslosen Kommunikation entbinde ich

Lindenstraße 12 · 33332 Gütersloh
Telefon +49 (0)52 41 - 909 80 20
Mobil +49 (0)179 - 107 56 49
Fax +49 (0)52 41 - 909 80 21
info@ki-ju.de · www.ki-ju.de

Steuer Nr. 341/5111/1832
IBAN DE49 4807 0024 0326 9222 00
BIC DEUTDE33

Name des Patienten/Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters

Anschrift

Geb. Datum

die von mir namentlich benannten Personen und oben genannter Praxis untereinander von ihrer Schweigepflicht und bin insoweit einverstanden, dass sich diese Personen/Stellen, wie nachfolgend beschrieben, Daten untereinander austauschen.

Name der Person, z.B. Ärzte, Therapeuten/Stellen, Anschrift

Name der Person, z.B. Ärzte, Therapeuten/Stellen, Anschrift

Name der Person, z.B. Ärzte, Therapeuten/Stellen, Anschrift

Name der Person, z.B. Ärzte, Therapeuten/Stellen, Anschrift

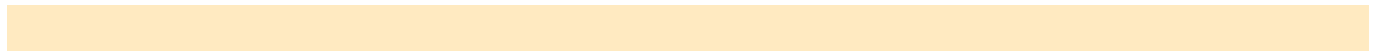
Die Schweigepflichtsentbindung dient dem Zwecke der interdisziplinären Kommunikation. Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtsentbindung Daten über meine Person sowie die für meine Behandlung notwendigen medizinischen Daten (bspw. Befunde, Verlaufsdokumente und Behandlungsberichte) übermittelt und ausgetauscht werden. Die Schweigepflichtsentbindung gilt bis auf Weiteres und erlischt spätestens zum Ende der Therapieserie.



Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle. Eine Verweigerung kann Einschränkungen bei meiner Therapie zur Folge haben. Ich habe Kenntnis, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Der Widerruf hat bei der oben genannten Praxis zu erfolgen.

Gelesen und für Einverstanden erklärt



Datum und Unterschrift (Name Patient/Erziehungsberechtigter)

Ihr Praxisteam
Peter Koschinski

Formular an Praxis zurücksenden →