



# Einverständniserklärung

## Entbindung von der Schweigepflicht und Erlaubnis der Weitergabe von Daten

Kunde/Patient/Klient

Geburtsdatum

Hiermit entbinde ich die mich behandelnden Therapeuten der Praxis „die Physiotherapeuten – Kamphans & Kollegen“ sowie die mich behandelnden Ärzte\* von ihrer Schweigepflicht gegenüber meinen behandelnden Ärzten bzw. den behandelnden Therapeuten.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Therapeuten bzw. die Ärzte Auskünfte – mündlich oder schriftlich – über die physiotherapeutische bzw. ärztliche Behandlung/Diagnostik und über meinen Gesundheitszustand einholen bzw. erteilen dürfen.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass alle zum Zwecke der Behandlung von den Therapeuten der Praxis „die Physiotherapeuten Kamphans & Kollegen“ bzw. von den behandelnden Ärzten erhobenen personenbezogenen Daten an die verordnenden Ärzte bzw. die behandelnden Therapeuten auch per Telefax oder per E-Mail weitergegeben werden dürfen.

Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

\*Der in der jeweiligen kassen- oder privatärztlichen Heilmittelverordnung ausgewiesene Arzt oder anderweitig von mir genannte Ärzte.

Eine Abschrift meiner Erklärung habe ich erhalten.

Würzburg, der

Datum

Unterschrift Kunde/Patient/Klient