

Schweigepflichtsentbindung

Ergotherapeutische Behandlung von _____

Um eine erfolgreiche ergotherapeutische Behandlung zu ermöglichen,
bin ich mit der Weitergabe von Behandlungsinhalten / Berichten / Beobachtungen
an o.g. ergotherapeutische Praxis einverstanden und entbinde diese
gleichzeitig von der Schweigepflicht gegenüber dem überweisenden Arzt,
SPZ – Paderborn und dem / der zuständigen Kindergarten / Schule.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit