



## Entbindung von der Schweigepflicht

Patient: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

ggf. Sorgeberechtigter/Betreuer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Hiermit entbinde ich Therapeuten der Logopädischen Praxis Tanja Brüninghaus von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber:**

\_\_\_\_\_  
Institution/Ansprechpartner/Person

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Institution/Ansprechpartner/Person

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Institution/Ansprechpartner/Person

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Institution/Ansprechpartner/Person

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Institution/Ansprechpartner/Person

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Zweck der Schweigepflichtsentbindung:**

- interdisziplinärer Austausch
- Angehörigenberatung
- Supervision

**Ich bin darüber informiert, dass ich diese Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich widerrufen kann.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift (Patient bzw. Sorgeberechtigter)