

Einverständniserklärung (Schweigepflichtsentbindung)
weitere relevante Einrichtungen

Ich bin damit einverstanden, dass das Praxisteam der Gemeinschaftspraxis Gradl und Lindner im Rahmen seiner Untersuchungen und Behandlungen **mündliche und schriftliche therapierelevante Auskünfte** über

Name, Vorname: _____

Geburtstag: _____

Adresse: _____

bei nachfolgend genannten **weiteren relevanten Einrichtungen einholen** und sich **austauschen** darf. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit **schriftlich** widerrufen werden.

Name der Einrichtung/Person	Ort	Funktion
		Ergotherapie
		Logopädie
		Frühförderung

Erklärender (Zutreffendes bitte ankreuzen!!!):

Patient Mutter Vater andere:

Ort, Datum,

Unterschrift