



Schweigepflichtentbindung

Ich willige hiermit ein, dass die behandelnde Ergotherapeutin von der Schweigepflicht, gegenüber den folgenden Personen in unterschiedlichen Rollen (z.B. Lehrer, Ärzte, Erzieher) zum Zweck des gegenseitigen Informationsaustauschs, entbunden ist.

Name, Rolle:

Einrichtung:

Telefonnummer / Email:

Name, Rolle:

Einrichtung:

Telefonnummer / Email:

Ort, Datum _____
(Klient)

oder bei Kindern:

Ort, Datum _____
(Erziehungsberechtigte/r)

Ort, Datum _____
(Erziehungsberechtigte/r)