

Einwilligung zur Auskunftserteilung an Dritte

Patient / Patientin Geburtsdatum

Adresse Tel Nummer

Behandlungsgrund E- Mail

Name der Ergotherapeutin / des Ergotherapeuten

Sie sind bei uns in ergotherapeutischer Behandlung. Oder Sie sind Partner / Partnerin des Patienten / der Patientin oder Eltern des Kindes, das bei uns in ergotherapeutischer Behandlung ist.

Als Berufsausübende eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes sind wir zur Schweigepflicht verpflichtet.

Für eine gute und koordinierte Behandlung des Patienten ist eine Absprache unter den verschiedenen involvierten Personen zielführend und notwendig. Damit wir uns mit anderen Personen oder Berufsgruppen betreffend der Behandlung unseres Patienten absprechen können, braucht es Ihre Einwilligung.

Die Absprachen betreffen lediglich die Inhalte, die zur Erreichung der Therapieziele notwendig sind. Der diskrete und respektvolle Umgang damit wird gewahrt. Wenn ein digitaler Kommunikationsweg besteht, verwenden wir in der Regel den geschützten Weg mit der Plattform HIN.

Mit diesem Formular entbinden Sie uns von der Schweigepflicht ausschliesslich gegenüber folgenden Personen bzw. Personengruppen:

Berufsgruppe	Name	Telefonnummer	E-Mail (wenn vorhanden)
Arzt / Ärztin			
Psychiater / Psychiaterin			
Pflegepersonal Spitex			
Arbeitgeber			
Sozialdienst			
Weitere professionelle Personen			
Nahestehende und unterstützende Personen aus dem Umfeld des Patient / Patientin			
Lehrer / Lehrerin			
Andere Therapeuten: Psychomotorik Logopädie Physiotherapie			
Schulpsychologischer Dienst			
Kinderpsychiater / Kinderpsychiaterin			

Ort, Datum Unterschrift