

## Schweigepflichtsentbindung für alle Patienten des Netzwerkes:

Die **Fachärztliche Praxis Dr. von der Heide für Prävention und Rehabilitation**  
Maximilianstr. 31, 83278 Traunstein

und die Einrichtung / Praxis: \_\_\_\_\_ (Name einfügen)

\_\_\_\_\_

|     |     |      |     |
|-----|-----|------|-----|
| PLZ | Ort | Str. | Nr. |
|-----|-----|------|-----|

Kontakt: \_\_\_\_\_

|      |         |
|------|---------|
| Mail | Telefon |
|------|---------|

Ihre Behandler/in: O Herr O Frau: \_\_\_\_\_ (Nachname)

bitte in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_ (Vorname)

sind 2 unabhängige Praxen, die sowohl organisatorisch, betriebswirtschaftlich  
als auch datenschutztechnisch vollständig voneinander getrennt sind!

Hiermit weisen wir hin:

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Auf Ihre freie Arztwahl</li><li>2. Auf Ihre freie Therapeutenwahl</li></ol> |
|--|

Möchten Sie im Rahmen unserer Besonderen Integrierten Versorgung (BIV):

### **Praxisnetz für Prävention und Rehabilitation / Beckenbodengesundheit**

behandelt werden, dann stimmen Sie bitte folgenden Punkten zu:

1. Ich entbinde obige Behandler in dem **Praxisnetz gegenseitig** von der Schweigepflicht
2. Ich erlaube, dass meine Behandlungsunterlagen auch weiteren Behandlern in diesem Praxisnetz zur Verfügung gestellt werden können - zum Zwecke der Mit- oder Weiterbehandlung oder fachlichem Austausch

Ja, ich möchte in das Praxisnetz als Patient/in eintreten und stimme obigen 2 Punkten grundsätzlich zu.

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ (Om Ow Od)

geb. am: \_\_\_\_\_

Datum, Ort: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_