

## Erklärung über die Entbindung von der therapeutischen Schweigepflicht

Tel.: 030 / 84 31 30 00  
Fax: 030 / 84 31 33 23

e-mail: [praxis@rosero.de](mailto:praxis@rosero.de)

### Zur Information:

Für eine Therapie (z.B. Physiotherapie) besteht die im **Strafgesetzbuch festgelegte Schweigepflicht**.

Amtsgericht Berlin Charlottenburg  
HRB 144585 B  
St.-Nr. 29/409/12735

Inhalte der Therapie dürfen vom Therapeuten ohne Erlaubnis des Klienten an keine Personen oder Institutionen weitergeleitet werden. Weder die Krankenkasse noch der Hausarzt oder andere Personen dürfen sich über die Inhalte der Behandlung erkundigen oder Auskunft erhalten.

Geschäftsführung:  
M.-Ilona Rosero-Maquilón

Wenn es erforderlich sein sollte, muss sich der Klient in jedem Fall **einverstanden erklären**,

**bevor** Informationen an Dritte weitergegeben werden. Dazu dient diese Schweigepflichtentbindung.

Nur wenn es auch in **Ihrem Interesse** liegt, dass wir mit jemanden über die Therapie- oder auch Beratungsinhalte sprechen bzw. Dokumente übermitteln (z.B. Befundbericht, Testauswertungen) sollten Sie dieses Formular ausfüllen. Nur dann werden wir diesbezüglich Kontakt aufnehmen oder uns bei der von Ihnen gewünschten Person oder Institution dazu äußern.

Hiermit entbinde ich, .....

(ggf. Erziehungsberechtigten)

für mein Kind: .....

(Name Patient)

.....

(Geburtstag Patient)

.....

(Anschrift Patient)

die Mitarbeiter der ILOROS GmbH **von der therapeutischen Schweigepflicht** gegenüber nachstehend genannten Personen (bitte ankreuzen):

behandelnder Arzt/Ärztin, Kinder- und Jugendpsychiater/in .....

(Name)

unterrichtende Klassenlehrer/in, Erzieher/in der Kita (o.ä.) .....

(Name)

Den anderen behandelnden Therapeuten .....

(z.B: Logopäden, Physiotherapeuten...) (Name)

Sonstige Person/Einrichtung: .....

(Name)

**Die Schweigepflichtentbindung besteht im vollen Umfang.**

**Die Schweigepflichtentbindung besteht nur in Hinblick auf** .....

Ich wurde darüber informiert, dass unter Umständen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken, Supervision und Fallbesprechung Videoaufnahmen durchgeführt werden, die nur für praxisinterne Zwecke genutzt und nicht weitergegeben werden. Ich erkläre mich damit

einverstanden.  ja  nein

Berlin, den ..... Unterschrift .....

(Unterschrift Patient, ggf Erziehungsberechten)