Körperzauber – Praxis für Osteopathie und ganzheitliche Körperarbeit
Janina Ruttkamp · Heilpraktikerin, Physiotherapeutin · Mitglied im BvFO
Dabringhausen: Altenberger Str. 66, 42929 Wermelskirchen-Dabringhausen · Tel. 02193 532332
Hückeswagen: Bahnhofstr. 30 (in der Praxis für Physiotherapie Yvonne Schnepper), 42499 Hückeswagen · Tel. 02192 7919341
praxis@körperzauber-kleine-hexe.de · www.körperzauber-kleine-hexe.de

Freiwillige Schweigepflichtsentbindung

Stand: August 2026

Alle im Rahmen meiner Behandlung bekannt gewordenen persönlichen und gesundheitlichen Informationen werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Ich entbinde **Janina Ruttkamp** gegenüber den nachfolgend von mir benannten Personen, Praxen bzw. Einrichtungen **in dem jeweils angekreuzten Umfang** von der Schweigepflicht.

Umfang der Schweigepflichtsentbindung

Organisation – Terminabsprachen und sonstige organisatorische Angelegenheiten.

Behandlung/Gesundheit – Auskünfte über Beschwerden, Gesundheitszustand, Behandlung und Behandlungsverlauf.

Befundaustausch – Austausch behandlungsrelevanter Informationen sowie Anforderung und Übermittlung von Befunden oder Behandlungsberichten, soweit dies für die Behandlung erforderlich ist.

1. Angehörige / Vertrauenspersonen

Person 1

Name, Vorname _____ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) _____

Verhältnis zu mir _____ Telefon (optional) _____

☐ Organisation ☐ Behandlung/Gesundheit ☐ Befundaustausch

Person 2

Name, Vorname _____ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) _____

Verhältnis zu mir _____ Telefon (optional) _____

☐ Organisation ☐ Behandlung/Gesundheit ☐ Befundaustausch

2. Ärztinnen / Ärzte / medizinische Einrichtungen

Praxis / Einrichtung 1

Name der Ärztin/des Arztes bzw. Praxis/Einrichtung _____ Fachrichtung / Ort (optional) _____

☐ Organisation ☐ Behandlung/Gesundheit ☐ Befundaustausch

Praxis / Einrichtung 2

Name der Ärztin/des Arztes bzw. Praxis/Einrichtung | Fachrichtung / Ort (optional)

☐ Organisation ☐ Behandlung/Gesundheit ☐ Befundaustausch

3. Therapeutinnen / Therapeuten / andere Behandelnde

Praxis / Einrichtung

Name / Praxis / Einrichtung | Fachrichtung / Ort (optional)

☐ Organisation ☐ Behandlung/Gesundheit ☐ Befundaustausch

Identitätsprüfung

Die Schweigepflichtsentbindung berechtigt die Praxis zur Kommunikation mit den oben genannten Personen oder Einrichtungen. Vor der Erteilung vertraulicher Auskünfte kann die Praxis die Identität der anfragenden Person in geeigneter Weise überprüfen. Bestehen Zweifel an der Identität oder Berechtigung, können Auskünfte bis zur eindeutigen Klärung verweigert werden.

Medizinischer Notfall

Diese Erklärung schränkt eine gesetzlich zulässige Weitergabe notwendiger Informationen in einem medizinischen Notfall nicht ein. Soweit dies für die unmittelbare medizinische Versorgung erforderlich und rechtlich zulässig ist, dürfen notwendige Informationen insbesondere an Rettungsdienst, Notärztin/Notarzt oder andere an der Notfallversorgung beteiligte Personen weitergegeben werden.

Freiwilligkeit, Gültigkeit und Widerruf

Die Schweigepflichtsentbindung ist freiwillig und keine Voraussetzung für die Behandlung. Die erteilten Entbindungen gelten auch für zukünftige Behandlungen und bis zu ihrem Widerruf. Sie können jederzeit vollständig oder für einzelne Personen, Einrichtungen oder Bereiche mit Wirkung für die Zukunft widerrufen oder geändert werden.

Name Patientin/Patient | Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Ort, Datum | Unterschrift Patientin/Patient

Bei Minderjährigen: Name Sorgeberechtigte/r | Unterschrift Sorgeberechtigte/r