

# Schweigepflichtentbindung

## Gizli sözleşme izini /Release of confidentiality

### Vor- und Nachname:

Adi ve Soyadı / First and last name

### Geburtsdatum:

Doğum tarihi / Date of birth

### Adresse:

Adres / Address

### Behandelnder Arzt:

İlgilenen Doktor / Treating doctor

### Adresse:

Adres / Address

### Bildungseinrichtung und ggf. Ansprechpartner (Kindergarten, Schule, etc.):

Eğitim kurumu (Anaokulu, ilk Okul, vs) / Educational institution (kindergarten, school, etc. İlgili olan kişi / Contact person:

### Adresse:

Adres/ Address

**Hiermit erlaube ich meiner behandelnden Therapeutin Süheyla Elmas, dem verordnenden Arzt bzw. der Bildungseinrichtung bei Bedarf den medizinischen Stand und den Verlauf der logopädischen Behandlung zu berichten.**

**Ich bin darüber informiert, dass diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.**

*Is bu yazıyla terapistim Süheyla Elmas'a terapi icerisindeki bilgileri gereken kisilere aciklamada bulunmasina izin veriyorum. İstedigim zaman yazili bir sekilde bu izini geri alabilirim.*

*I hereby authorize my treating therapist Süheyla Elmas to report the medical status and progress of the speech therapy treatment to the prescribing doctor and/or educational institution if required.*

*I have been informed that I can revoke that authorization in writing at any time.*

### Ort, Datum:

Yer, Tarih / Place, date

### Unterschrift:

İmza / Signature