

## Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, Herr/Frau: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

entbinde hiermit meine Psychotherapeutin/ meinen Psychotherapeuten

Frau/ Herrn: \_\_\_\_\_

von der ihr/ ihm obliegenden gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen/  
Institutionen:

Profession	Name	Anschrift	Telefonnummer

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Erklärungen, Inhalte und Tatsachen, die ich der oben genannten Psychotherapeutin/ dem oben genannten Psychotherapeuten anvertraue und anvertraut habe. Die Schweigepflichtsentbindung gilt ebenso umgekehrt für die oben genannten Personen und/oder Institutionen. Diese Entbindungserklärung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Ich bin ebenso damit einverstanden, dass ein Erst-, Zwischen und Abschlussbericht zu meiner psychotherapeutischen Behandlung zugestellt wird.

Hausarzt/-ärztin       Psychiater:in       sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient:in)