

SCHWEIGEPLICHTSENTBINDUNG

Ich,

(Name, Vorname, Anschrift des Patienten/der Patientin)

entbinde hiermit

(Name, Vorname, Anschrift des Therapeuten/der Therapeutin)

von der Schweigepflicht gegenüber

(hier konkreten Zweck einfügen, z. B. „gegenüber der A-GmbH-Versicherung“)

Ggf. ergänzen:

(Name des Therapeuten/der Therapeutin)

ist berechtigt, meine Behandlungsunterlagen an

(konkrete Institution wieder nennen)

weiterzuleiten.

Ort, Datum

Unterschrift

ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/
der gesetzlichen Vertreterin