



Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich (...)

Name, Vorname

Geboren am

Adresse

- ☐ (...) alle mich behandelnden Ärzte, Therapeuten, Heilpraktiker und Heilpraktiker für Psychotherapie von ihrer Schweigepflicht.

Unten genannte/n Person/en **darf/dürfen Auskunft** über meinen Gesundheitszustand (Art und Inhalt meiner Behandlung), Medikamente und Diagnosen **erhalten**.

- ☐ (...) unten genannte Ärzte, Therapeuten, Heilpraktiker und Heilpraktiker für Psychotherapie von ihrer Schweigepflicht.

Sie **dürfen sich gegenseitig Auskunft** über meinen Gesundheitszustand (Art und Inhalt meiner Behandlung), Medikamente und Diagnosen **geben**. Dies darf sowohl in telefonischer Form als auch über Emailkontakt geschehen.

Name, Vorname
Geboren am
Adresse
Telefon
Email

Name, Vorname
Geboren am
Adresse
Telefon
Email

Ort, Datum

Unterschrift