



Schweigepflichtentbindung

Ich _____ geb.: _____

Wohnhaft: _____

entbinde Frau / Herr (Therapeut, Arzt o.ä.) _____ Ort: _____

von ihrer / seiner Schweigepflicht gegenüber

Herrn / Frau _____ Ort: _____

Die Schweigepflichtentbindung gilt in beide Richtungen ausschließlich für folgende Bereiche:

Die Schweigepflichtentbindung gilt längstens bis: _____

Ich wurde von Frau / Herrn _____ darüber informiert, dass ich die
Schweigepflichtentbindung ohne Angaben von Gründen jederzeit für die Zukunft schriftlich
widerrufen kann.

Ort / Datum / Unterschrift Klient/In