



Entbindung der Schweigepflicht

Ich, _____
(Vorname, Name)

(Geburtsdatum)

entbinde hiermit

Herrn Dipl. Psych. Marcel Gerhards, Hauptstraße 70, 88515 Langenenslingen

und

ambulanter oder stationärer Vor- oder Mitbehandler/ Betreuer/ Klinik

(Name des Behandlers)

(Anschrift)

von der gegenseitigen ärztlichen Schweigepflicht.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Schweigepflichts-entbindung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift