

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

*Vorname, Name und Geburtsdatum Patient*in*

folgende Person/ Einrichtung

*z.B. Name von Arzt/Ärztin, Psychotherapeut*in, Klinik, anderweitige Institution*

vollständige Adresse

zu folgendem Zweck:

z.B. Behandlungsplanung o.ä.

von der Schweigepflicht gegenüber der Psychotherapie-Ambulanz Universität Münster (PTA Universität Münster) und umgekehrt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Münster, den

Datum

*Unterschrift Patient*in*