

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

### Hiermit entbinde ich:

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### die Person:

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

von ihrer Schweigepflicht entsprechend §203 Strafgesetzbuch (StGB). Die Behandlungen finden im Rahmen der Aus-/Weiterbildung am John-Rittmeister-Institut statt.

Folgenden Personen/Institutionen dürfen Auskunft erhalten:

### Person:

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Berufliche Funktion: \_\_\_\_\_

### Institution:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass oben benannte Personen und Institutionen von meinem Therapeuten (m/w/d) Auskunft erhalten dürfen. Mir ist bekannt, dass ich die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgebe und diese von mir jederzeit widerrufen werden kann. Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_