

# Entbindung von der Schweigepflicht

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

.....

## Erklärung

Ich befinde mich, seit.....bei Frau Knappe-Hauswirth, (Diplom Psychologin), Joh.-G. Gutenbergstr. 20, 82140 Olching, Tel. 08142/ 2843936 in psychotherapeutischer Behandlung. Um Frau Knappe-Hauswirth über alle für diese Therapie erforderlichen medizinischen, insbesondere auch psychotherapeutischen Informationen in Kenntnis setzen zu können, entbinde ich folgende Ärzte, Heilpraktiker bzw. Institutionen von ihrer Schweigepflicht gegenüber Frau Knappe-Hauswirth:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass Frau Knappe-Hauswirth bei Bedarf auch medizinische Befunde und Arztberichte anfordert.  
Außerdem bin ich einverstanden, dass mein Hausarzt bzw. folgende Personen Auskunft über den Psychotherapieverlauf erhalten:

.....  
.....

Olching, den.....

.....

(Unterschrift)