



Hiermit entbinde ich, (Name) _____, geb.: _____

wohnhaft in (Straße u. Ort) _____

meine/n Behandler:in (Name) _____

Anschrift (Institution, Straße u. Ort) _____

von der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Schweigepflicht zur Weitergabe von Informationen über die Behandlung

(Privatpraxis für Psychotherapie, Wrangelstraße 45, 24105 Kiel).

ggf. Bemerkungen:

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Kiel, den _____

Unterschrift Patient:in

Schweigepflichtentbindung I



Hiermit entbinde ich, (Name) _____, geb.: _____

wohnhaf in (Straße u. Ort) _____

Frau Dipl.-Psych. Sara Parpart (Psychologische Psychotherapeutin, Privatpraxis für Psychotherapie, Wrangelstraße 45, 24105 Kiel) von der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Schweigepflicht

- zum Austausch über die Symptomatik und das Therapievorgehen ja nein
- zur Weitergabe des Abschlussberichts über die Behandlung ja nein
- Sonstiges: _____ ja nein

ggf. Bemerkungen:

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Kiel, den _____

Unterschrift Patient:in