

Schweigepflichtsentbindung

Einverständnis-Erklärung zur chiffrierten Datenübermittlung anamnestischer Daten an einen Fachkollegen.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass anamnestische Daten, in chiffrierter Form und zur Abklärung behandlungsrelevanter Befunde und Supervision, ggf. an einen Fachkollegen übermittelt werden.

Hierfür entbinde ich

Name Therapeut

Straße, Hausnr.

Ort

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift