

# **Schweigepflichtsentbindung**

## **Einverständnis zum Informationsaustausch**

Betrifft

---

Name und Anschrift des/ der Patienten/ in

---

geboren am

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen meiner Psychotherapeutischen Behandlung Informationen über mich zum Zwecke des gegenseitigen Austausches der beteiligten Stellen in mündlicher und schriftlicher Form übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass alle Unterlagen und Informationen streng vertraulich behandelt werden.

### **Für diese Maßnahmen entbinde ich**

1) Dipl.-Psych. Kora Korbien, Parnemannweg 15, 14089 Berlin

2) \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Arztes/ Therapeuten

2) \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Arztes/ Therapeuten

### **von der Schweigepflicht.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten