

## SCHWEIGEPLICHTENTBINDUNG

Entbindung von der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB

### Angaben zur Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

### Entbindung der Schweigepflicht gegenüber

Ich entbinde Charlotte von Sichart, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeutin, von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen/Institutionen:

Hausarzt/Facharzt: \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Andere Therapeut\*innen: \_\_\_\_\_

Angehörige: \_\_\_\_\_

### Umfang der Entbindung

Die Entbindung umfasst die Weitergabe folgender Informationen:

Befunde und Diagnosen

Therapieverlauf und -fortschritt

Therapieempfehlungen

Sonstige: \_\_\_\_\_

### Widerruf

Diese Schweigepflichtentbindung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf gilt ab dem Zeitpunkt des Zugangs. Bereits erfolgte Übermittlungen bleiben vom Widerruf unberührt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Charlotte von Sichart, Therapeutin