

INSTITUTSAMBULANZ FÜR PSYCHOTHERAPIE und TAGESKLINIK an der Technischen Universität Dresden

**Hohe Str. 53
01187 Dresden
Tel.: 0351 463 - 3 6957
Fax: 0351 463 - 3 6955**

Hiermit entbinde ich, (Name), geb.:
wohnhaft in (Straße u. Ort),
die nachfolgenden Ärzte, Psychologen, Kliniken etc.

Name des zuständigen Arztes/Therapeuten	Name der Klinik oder Einrichtung	Anschrift (Strasse, PLZ, Ort)
1.
2.
3.
4.
5.

von der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Schweigepflicht zur Überlassung von Befundberichten/
Entlassungsberichten an die Ambulanz für Psychotherapie an der TU Dresden.

Datum: Unterschrift:

Mit meiner zweiten Unterschrift entbinde ich außerdem die Institutsambulanz für Psychotherapie und
Tagesklinik an der TU Dresden von der psychotherapeutischen Schweigepflicht gegenüber den oben
genannten Behandlern.

Datum: Unterschrift: