

Schweigepflichtsentbindung



INSTITUTSAMBULANZ FÜR PSYCHOTHERAPIE und TAGESKLINIK
der IAP-AVM-Dresden GmbH
Königstraße 7
01097 Dresden
Tel.: 0351-2585 669-0

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 gegenüber der
Institutsambulanz für Psychotherapie und Tagesklinik der IAP-AVM-Dresden GmbH.

Datum:Unterschrift:

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

Datum:Unterschrift: