



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: