GOETHE UNIVERSITÄT FRANKFURT AM MAIN

Schweigepflichtsentbindung für die Anmeldung

Hiermit entbinde ich, ...
(Vorname + Name sorgeberechtigte Person oder Andere)

geboren am: .....
(Geburtsdatum)

wohnhaft in: .....
(Straße + Hausnummer)

.....
(PLZ + Ort)

1. folgende Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber den MitarbeiterInnen des Zentrums für Psychotherapie (für die Anmeldung eines Patienten durch eine dritte, nicht sorgeberechtigte Person, z.B. Sozialarbeiter):

   Herrn/Frau .....
   (Name und ggf. Institution)

   Herrn/Frau .....
   (Name und ggf. Institution)

   Herrn/Frau .....
   (Name und ggf. Institution)

   Zu folgendem Zweck: .....
   (z.B. Anmeldung für eine Therapie)

2. die MitarbeiterInnen des Zentrums für Zentrums für Psychotherapie von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen (für den Austausch mit einer dritten Person, z.B. Sozialarbeiter, über den Stand der Anmeldung):

   Herrn/Frau .....
   (Name und ggf. Institution)

   Herrn/Frau .....
   (Name und ggf. Institution)

   Herrn/Frau .....
   (Name und ggf. Institution)

   Zu folgendem Zweck: .....
   (z.B. Rückfragen zum Stand der Anmeldung)

Diese Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen werden.

....
(Ort, Datum) (Patient/in)

....
(Ort, Datum) (Sorgeberechtigte/r, Gesetzliche/r Vertreter/in oder Andere)

ZENTRUM FÜR PSYCHOTHERAPIE DER GOETHE-UNIVERSITÄT