



Psychotherapeutische Praxis  
Daniel und Christine Seyfried  
Waldteufelweg 8b  
22145 Hamburg  
Tel:040/18010128

---

## Schweigepflichtentbindung

### Patient\*in

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

### Sorgeberechtigte\*r (bei minderjährigen/nicht einsichtsfähigen Patient\*innen)

Vor- und Nachname/n \_\_\_\_\_

Adresse/n \_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich das Praxisteam der Psychotherapeutischen Praxis Seyfried von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgenden Praxen/Einrichtungen/Institutionen/Personen:

\_\_\_\_\_  
Name der Praxis / Einrichtung / Institution / Person

\_\_\_\_\_  
Name der Praxis / Einrichtung / Institution / Person

\_\_\_\_\_  
Name der Praxis / Einrichtung / Institution / Person

\_\_\_\_\_  
Name der Praxis / Einrichtung / Institution / Person

Die Schweigepflichtentbindung gebe ich freiwillig und ich kann sie jederzeit frist- und formlos widerrufen. Sie gilt zum Zweck des wechselseitigen, fallbezogenen Informationsaustauschs zum/r oben genannten Patient\*in.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift/en Patient\*in / Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_