



Schweigepflichtsentbindung und Vorbefundsanforderung

Patient*in (Vor- und Nachname) : _____

Geburtsdatum : _____

Hiermit entbinde/n ich/wir die Psychotherapeutische Praxis und Frau Dipl.-Soz.päd. Frau Lena Fischer, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, von ihrer/seiner gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber untenstehend aufgeführten Personen bzw. Institutionen.

Gleichzeitig willige/n ich/wir ein, dass die Psychotherapeutische Praxis und Frau Dipl.-Soz.päd. Lena Fischer, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin die vorhandenen Vorbefunde und Berichte von den untenstehend aufgeführten Personen bzw. Institutionen anfordert bzw. schriftlich und mündlich vollumfänglich Informationen von diesen Personen bzw. Institutionen einholen darf.

Psychotherapiepraxis Lena Fischer



Hinweis: Diese Erklärung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Ich bin / wir sind über die oben dargestellten Vereinbarungen zur Schweigepflicht und zur Anforderung von Vorbefunden ausführlich informiert worden und stimmen diesen Regelungen ausdrücklich zu.

Ort, Datum

Unterschrift Patient