

### Schweigepflichtsentbindungserklärung

Ich, [Name des Patienten/der Patientin], entbinde hiermit [Name des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin], von der Schweigepflicht in Bezug auf alle Informationen, die im Zusammenhang mit meiner psychotherapeutischen Behandlung stehen. Ich verstehe, dass diese Freigabe dazu führen kann, dass vertrauliche Informationen über mich oder meine Familie weitergegeben werden, die normalerweise unter dem Schutz der Schweigepflicht bleiben würden. Ich stimme dieser Freigabe freiwillig und ohne Druck von außen zu. Ich verstehe, dass ich diese Freigabe jederzeit widerrufen kann, indem ich eine schriftliche Anfrage an [Name des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin] sende.

Datum: [Datum der Unterzeichnung] Unterschrift des Patienten/der Patientin:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin: \_\_\_\_\_