

## Schweigepflichtsentbindung

### Einverständnis zum Informationsaustausch

#### betrifft

or- und Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen meiner psychotherapeutischen Behandlung (nach dem Heilpraktikergesetz) Informationen über mich zum Zwecke des gegenseitigen Austausches der beteiligten Stellen in mündlicher und schriftlicher Form übermittelt werden. Mir ist bekannt, dass alle Unterlagen und Informationen streng vertraulich behandelt werden.

#### Für diese Maßnahmen entbinde ich

1) **Nicole Forrai, Heilpraktikerin für Psychotherapie**, c/o im fokus. – Institut für Yoga und Psychotherapie, Brandenburger Str. 63, 14467 Potsdam

2) \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des\*der Arztes\*Ärztin/Therapeut\*in

3) \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des\*der Arztes\*Ärztin/Therapeut\*in

von der Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)