



ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

ERWACHSENE



Sabine Loose

Heilpraktikerin für
Psychotherapie

Am Markt 1
25358 Horst

Datum:

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Frau Sabine Loose – Heilpraktikerin für Psychotherapie

von der Schweigepflicht über Art und Inhalte meiner Behandlung zu einem fachlichen Austausch in Bezug auf weiterführende Diagnostik sowie geeigneter Therapieformen mit Ärzten, Psychiatern und Heilpraktikern sowie Heilpraktikern für Psychotherapie. Diese Schweigepflichtentbindung ist allein in diesem Zusammenhang gültig.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____