

Schweigepflichtentbindung

Einverständnis zur chiffrierten Datenübermittlung an einen Fachkollegen

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass anamnestische Daten in chiffrierter Form, d. h. ohne Preisgabe meines Namens, zum Zweck der Abklärung diagnostischer und behandlungsrelevanter Befunde sowie Supervision an einen Fachkollegen übermittelt werden.

Zu diesem Zwecke entbinde ich

Name des Therapeuten

Straße

Ort

von seiner Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift