

Schweigepflichtsentbindung

Einverständnis-Erklärung zur Übermittlung chiffrierter und anonymisierter anamnestischer Daten an einen Fachkollegen.

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass anamnestische Daten, in chiffrierter Form, d.h. anonymisiert und ohne Angaben zu meiner Identität für die Abklärung behandlungsrelevanter Befunde und Supervision, ggf. an einen Fachkollegen übermittelt werden.

Hierfür entbinde ich

Name Therapeut

Straße, Hausnr.

Ort

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift