



Entbindung von der Schweigepflicht für Vor- & Mitbehandler I

Schweigepflichtsentbindung für **Herrn/Frau:** _____; geb. _____

Hiermit **entbinde** ich meinen Therapeuten **Dipl.-Psych. Michael Sauer** (folgend Therapeut) oder
 entbinde nicht von der Schweigepflicht gegenüber:

Name der Institution/Behandler:

Adresse Institution/Behandler:

Ferner entbinde ich zuvor genannte(n) Institution/Behandler von der Schweigepflicht gegenüber meinem **Therapeuten** sowie der „**Praxis für Psychologie und Psychotherapie Michael Sauer**“ und erlaube ausdrücklich den Austausch, das Einholen und Verwenden behandlungsrelevanter Daten, konkret:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Epikrisen/Arztberichte | <input type="checkbox"/> Gutachten | <input type="checkbox"/> Sonstiges..... |
| <input type="checkbox"/> Reha-Berichte | <input type="checkbox"/> psychologische Testungen | |

Die Einwilligungen in diese Erklärung sind freiwillig. Sie können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, soweit nicht gesetzliche Pflichten oder die ordnungsgemäße Abwicklung der Therapievereinbarung dem entgegenstehen.

Köthen, den.....
	Unterschrift Patient/ Sorgeberechtigter	Dipl.-Psych. Michael Sauer Psychologischer Psychotherapeut

Entbindung von der Schweigepflicht für Vor- & Mitbehandler II

Schweigepflichtsentbindung für **Herrn/Frau:** _____; geb. _____

Hiermit **entbinde** ich meinen Therapeuten **Dipl.-Psych. Michael Sauer** (folgend Therapeut) oder
 entbinde nicht von der Schweigepflicht gegenüber:

Name der Institution/Behandler:

Adresse Institution/Behandler:

Ferner entbinde ich zuvor genannte(n) Institution/Behandler von der Schweigepflicht gegenüber meinem **Therapeuten** sowie der „**Praxis für Psychologie und Psychotherapie Michael Sauer**“ und erlaube ausdrücklich den Austausch, das Einholen und Verwenden behandlungsrelevanter Daten, konkret:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Epikrisen/Arztberichte | <input type="checkbox"/> Gutachten | <input type="checkbox"/> Sonstiges..... |
| <input type="checkbox"/> Reha-Berichte | <input type="checkbox"/> psychologische Testungen | |

Die Einwilligungen in diese Erklärung sind freiwillig. Sie können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, soweit nicht gesetzliche Pflichten oder die ordnungsgemäße Abwicklung der Therapievereinbarung dem entgegenstehen.

Köthen, den.....
	Unterschrift Patient/ Sorgeberechtigter	Dipl.-Psych. Michael Sauer Psychologischer Psychotherapeut