

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Behandlung von: \_\_\_\_\_

Im Interesse des/der o.g. Patienten/in ist es notwendig, mit folgenden Institutionen/ Praxen/ Firmen

\_\_\_\_\_

Kontakt aufzunehmen.

Ich entbinde die Praxis am Schloss Blutenburg - Psychotherapie & Coaching, Dr. Dießner von der Schweigepflicht gegenüber oben aufgeführten Institutionen/ Praxen/ Firmen.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient \_\_\_\_\_