

Patient: ..... Geboren am: .....  
Name, Vorname

## Schweigepflichtentbindung Psychotherapeut in der vfkv gGmbH

Ich entbinde hiermit die Verhaltenstherapeutische Institutsambulanz der vfkv gGmbH sowie meine/n behandelnde/n Psychotherapeutin/Psychotherapeuten

Frau/Herrn .....

von der Schweigepflicht gegenüber .....

.....

Diese Schweigepflichtentbindung gilt gegenseitig und ich erkläre mich damit einverstanden, dass behandlungsrelevante Unterlagen an die Verhaltenstherapeutische Institutsambulanz der vfkv gGmbH übermittelt werden.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift der Patientin/ des Patienten (ab einem Alter von 14 Jahren) und Unterschrift aller Sorgeberechtigten