

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

## Schweigepflichtentbindung Gruppentherapie in der vfkv gGmbH

Ich entbinde hiermit die Verhaltenstherapeutische Institutsambulanz der vfkv gGmbH,  
sowie meine:n behandelnde:n Psychotherapeut:in

Frau:Herrn .....

von der Schweigepflicht.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt gegenseitig und ich erkläre mich damit einverstanden,  
dass behandlungsrelevante Unterlagen gegenseitig übermittelt werden.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift