**Name:**  ……………….…………………………………...

**Vorname**: …………………………………..………………..

**geboren am:** ……………………………………………

Ich erkläre mich einverstanden, dass

Dipl. Psych. bzw. M.Sc. ...............................................................................

während der fachlichen Gruppentherapie-Zusatzausbildung mit dem:der jeweiligen Supervisor:in über den Inhalt der Psychotherapie spricht und dem oder der Supervisor:in Videos der Therapiesitzungen zeigt. Die ärztliche Schweigepflicht bleibt dabei in jedem Fall gewahrt.

**Widerrufsrecht**

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten nicht mehr in der Supervision besprochen werden. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Supervision nicht berührt.

……………………………………………..............................................................................

Ort, Datum, Unterschrift