

**Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber anderen Institutionen oder Personen**

Der/Die Unterzeichnende entbindet psyaspect / Herr/Frau \_\_\_\_\_  
im Zusammenhang mit Auskünften von der beruflichen Schweigepflicht:

Im Hinblick auf Kontakte zu:

(namentlich zu nennen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden und Informationen ausgetauscht werden dürfen, welche im Zusammenhang mit der Behandlung stehen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift