

Praxis Markus Dörner

Heilpraktiker für Psychotherapie
Fachberater für Autismus-Spektrum-Störung
Paar- und Sexualtherapie



Entbindung der Schweigepflicht

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Erklärung:

Ich/wir befinde(n) mich (uns) seit..... bei Herrn Markus Dörner, Heilpraktiker für Psychotherapie, Karolinenstraße 15c, 83109 Großkarolinenfeld, Tel.: 08031 – 2475660 in psychotherapeutischer Behandlung. Um Herrn Dörner über alle für diese Therapie erforderlichen medizinischen, pädagogischen, insbesondere auch psychotherapeutischen Informationen in Kenntnis setzen zu können, entbinde ich folgende Ärzte bzw. Institutionen (Ämter, Schulen usw). von ihrer Schweigepflicht gegenüber Herrn Dörner:

.....
.....
.....

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass Herr Dörner bei Bedarf auch medizinische Befunde und Arztberichte anfordert. Außerdem bin ich einverstanden, dass mein Hausarzt bzw. folgende Personen Auskunft über den Psychotherapieverlauf erhalten:

.....
.....
.....

.....den
(Unterschrift)