

Entbindung von der Schweigepflicht

Vollmacht zur Auskunft gegenüber der Ombudsstelle

Der/die Unterzeichnende

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Bürgerort:

Wohnadresse:

PLZ / Ort:

entbindet hiermit den/die behandelnde Psychotherapeut*in und Mitglied der ASP von der beruflichen Schweigepflicht und ermächtigt sie, bezüglich

Angabe des Behandlungsgrunds/Beschwerdegrunds

gegenüber

Name und Adresse der Ombudsstelle

sämtliche in der Beschwerdesache erforderlichen Auskünfte zu erteilen sowie Einsicht in die Krankengeschichte zu gewähren.

Ort, Datum

Unterschrift