



SCHWEIGEPFLICHTS- ENTBINDUNG

Pocket Therapy | Isabel Sattler

Hiermit entbinde ich _____ (Vorname/ Name),

geboren am _____,

wohnhaft an der Adresse

meine Psychotherapeutin Isabel Sattler von der ihr obliegenden gesetzlichen
Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen/ Institutionen:

1

2

3

Die Entbindung der Schweigepflicht umfasst:

- Aktenaustausch
- Verbalen Austausch
- Schriftlichen Austausch per E-Mail
- Anderes: _____

Die Schweigepflichtsentbindung gilt ebenso umgekehrt für die oben genannten Personen und/ oder Institutionen. Diese Schweigepflichtsentbindung kann jederzeit schriftlich zurückgenommen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Klient:in / Klient:innen
