

## Schweigepflichtsentbindung

---



INSTITUTSAMBULANZ FÜR PSYCHOTHERAPIE und TAGESKLINIK  
der IAP-AVM-Dresden GmbH  
Königstraße 7  
01097 Dresden  
Tel.: 0351-2585 669-0

Hiermit entbinde ich, .....(Name), geb.: .....

wohnhafte in .....(Straße u. Ort),

die nachfolgenden Ärzte, Psychologen, Kliniken etc.

(Name des zuständigen Arztes/Therapeuten/ Name der Klinik oder Einrichtung/ Anschrift  
(Straße, PLZ, Ort)

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

von der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Schweigepflicht gegenüber der  
Institutsambulanz für Psychotherapie und Tagesklinik der IAP-AVM-Dresden GmbH.

Datum: .....Unterschrift: .....

Mit meiner zweiten Unterschrift entbinde ich außerdem die Institutsambulanz für  
Psychotherapie und Tagesklinik der IAP-AVM-Dresden GmbH von der  
psychotherapeutischen Schweigepflicht gegenüber den oben genannten Behandlern.

Datum: .....Unterschrift: .....