

Entbindung von der Schweigepflicht

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

Erklärung

Ich befinde mich, seit.....

bei Herrn Dr. Dr. med. Herbert Mück, (Facharzt für Psychotherapeutische Medizin)
Pattscheider Weg 29, 51061 Köln (Höhenhaus), Tel. 0221/607461/Telefax 0221/607474

in psychotherapeutischer Behandlung. Um Herrn Dr. Mück über alle für diese Therapie erforderlichen medizinischen, insbesondere auch psychotherapeutischen Informationen in Kenntnis setzen zu können, entbinde ich folgende Ärzte bzw. Institutionen von ihrer Schweigepflicht gegenüber Herrn Dr. Mück:

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

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass Herr Dr. Mück bei Bedarf auch medizinische Befunde und Arztberichte anfordert.

Außerdem bin ich einverstanden, dass mein Hausarzt bzw. folgende Personen Auskunft über den Psychotherapieverlauf erhalten:

.....

Köln, den.....

.....

(Unterschrift)