

Einverständniserklärung zur Auskunftserteilung

Hiermit entbinde ich,

.....
(Name und Geburtsdatum Klientin/Klient)

die Therapeutin/den Therapeuten

.....
(Name und Adresse Therapeutin/Therapeut)

von der beruflichen Schweigepflicht,

und erkläre mich damit einverstanden, dass sie/er, den Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzten meiner Krankenkasse Auskünfte über meine aktuell von ihr/ihm behandelten Gesundheitsbeschwerden und den aktuellen Therapieverlauf erteilt.

.....
(Name und Adresse Krankenkasse)

und erkläre mich damit einverstanden, dass sie/er, folgender Ärztin/ folgendem Arzt, folgender Therapeutin/folgendem Therapeuten Auskünfte über meine aktuell von ihr/ihm behandelten Gesundheitsbeschwerden und den aktuellen Therapieverlauf erteilt.

.....
(Name und Adresse Ärztin/Arzt, Therapeutin/Therapeut)

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift Klientin/Klient)