# Entbindung der Schweigepflicht

(APH-Mitarbeiter/ Behandler in Aus-/Weiterbildung darf von anderen Informationen bekommen)

Ich, Herr/Frau ............................................. .....................................................................................

geboren am .............................., wohnhaft in ...................................................................................

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

entbindet hiermit folgende Personen/Institutionen:

1. ........................................................................................................................................................

2. ........................................................................................................................................................

3. ........................................................................................................................................................

von der ihr/ihm obliegenden gesetzlichen Schweigepflicht des § 203 Strafgesetzbuch (StGB)

gegenüber Herr/Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(APH-Mitarbeiter).

 Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich den o.g. Personen/Institutionen gegenüber anvertraut habe.

 Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst folgende Tatsachen und Erklärungen

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

........................................................................................................................................................,

die ich den o.g. Personen/Institutionen gegenüber anvertraut habe.

Diese Entbindungserklärung ist jederzeit von mir widerrufbar.

Hamburg, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Unterschrift der Patientin/ des Patienten)