# Entbindung der Schweigepflicht

(APH-Mitarbeiter/ Behandler in Aus-/Weiterbildung darf berichten)

Herr/Frau ............................................. .....................................................................................

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

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

entbindet hiermit

Herrn/Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Mitarbeiter der APH-Ambulanz) von der ihm obliegenden gesetzlichen Schweigepflicht des § 203 Strafgesetzbuch (StGB) gegenüber folgenden Personen/Institutionen:

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

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

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

 Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich
 dem Mitarbeiter der APH-Ambulanz gegenüber anvertraut habe.

 Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst folgende Tatsachen und Erklärungen

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

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

 ........................................................................................................................................................,
 die ich dem Mitarbeiter der APH-Ambulanz gegenüber anvertraut habe.

Diese Entbindungserklärung ist jederzeit von mir widerrufbar.

Hamburg, den ....................... ..............................................................

 Unterschrift der Patientin/ des Patienten