

Dipl.-Psych. Marcus Hegner

Psychologischer Psychotherapeut (VT)

Aachener Str. 321

50937 Köln

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich

Name/Vorname _____ geb. am _____ mich damit einverstanden, dass mein Therapeut zu psychologisch-therapeutischen, diagnostischen und medizinischen Mitbehandlern/Einrichtungen ausschließlich zur Abstimmung, Planung und Durchführung der aktuellen Therapie Kontakt aufnimmt und entsprechende Berichte anfordert.

Meine medizinischen und persönlichen Daten über die Heilbehandlung und meinen Zustand an _____ übermittelt. Insoweit entbinde ich Herrn Dipl. Psychologen Marcus Hegner von der Schweigepflicht.

Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass die während der aktuellen Behandlung erhobenen Befunde, ebenfalls ausschließlich zur Abstimmung, Planung und Durchführung der Therapie an einen Supervisor/in übermittelt werden können.

Ebenfalls bin ich damit einverstanden, dass zur Beantragung der Therapie entsprechende Informationen an meine Krankenkasse weitergegeben werden.

Die Schweigepflichtentbindung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____