

Psychotherapeutische Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Jan Jensen

Diplom-Psychologe

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Verhaltenstherapie)

Schweigepflichtentbindung und Vorbefundanforderung

Patient*in (Name, Vorname) : _____

Geburtsdatum : _____

Hiermit entbinde ich die Psychotherapeutische Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und Herrn Dipl.-Psych. Jan Jensen von ihrer/seiner gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber untenstehend aufgeführten Personen bzw. Institutionen.

Gleichzeitig willige ich ein, dass die Psychotherapeutische Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und Herrn Dipl.-Psych. Jan Jensen die vorhandenen Vorbefunde und Berichte von den untenstehend aufgeführten Personen bzw. Institutionen anfordert bzw. schriftlich und mündlich vollumfänglich Informationen von diesen Personen bzw. Institutionen einholen darf.

_____ (Leerräume bitte streichen!)

_____ (Leerräume bitte streichen!)

_____ (Leerräume bitte streichen!)

_____ (Leerräume bitte streichen!)

Hinweis:

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Ich bin über die oben dargestellten Vereinbarungen zur Schweigepflicht und zur Anforderung von Vorbefunden ausführlich informiert worden und stimme diesen Regelungen ausdrücklich zu.

Ort und Datum

Patient*in