



Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich: _____ geb. am _____

Versichert bei:

entbinde hiermit
Dipl. Psych. Katrin Richter, Karkshörn 44 A,
24226 Heikendorf gegenüber

von der ärztlichen Schweigepflicht zum Zweck des kollegialen Austausches untereinander
bezüglich meiner Person.

Diese Erklärung gilt bis auf Widerruf.

Heikendorf, den _____

Unterschrift