

Entbindungserklärung Schweigepflicht

Name(n):

Vorname(n):

Geburtsdatum:

Mit Unterzeichnung dieser Erklärung... *(Zutreffende(s) bitte ankreuzen)*

☐	... entbinde ich hiermit die nachfolgenden Personen und Stellen vom Patientengeheimnis gegenüber der Angestellten des Zentrums für Psychotherapie & Paartherapie Zürich (ZPPZ).
☐	... entbinde ich hiermit die Angestellten des Zentrums für Psychotherapie & Paartherapie Zürich (ZPPZ) vom Patientengeheimnis gegenüber den nachfolgenden Personen und Stellen.

(Zutreffende bitte ankreuzen sowie Name, Anschrift, E-Mail und Telefonnummer eintragen)

☐	Partner:in:
☐	Angehörige:
☐	Psychiater:in:.
☐	Ärzt:in:
☐	Ärztliche Leitung Klinik:
☐	IV / AHV / Fürsorgeeinrichtung:
☐	Krankenkasse / Versicherung:
☐	Sonstige:

Zürich, _____

Unterschrift: _____