



## SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich, \_\_\_\_\_ ,  
geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ ,  
wohnhaft \_\_\_\_\_ ,  
Telefonnummer \_\_\_\_\_

die Heilpraktikerin für Psychotherapie

Dr. phil. Christine Adler, Hansjakobstraße 123a, 81825 München, 089.45479944;  
[actpraxis.adler@freenet.de](mailto:actpraxis.adler@freenet.de)

gegenüber

(Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail, Funktion)

im Zusammenhang mit meiner psychotherapeutischen Behandlung von ihrer Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit schriftlich (E-Mail, Fax, Post) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

München, den

Unterschrift der/des Klient\*in