



SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich, _____ ,
geboren am _____ in _____ ,
wohnhaft _____ ,
Telefonnummer _____

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

gegenüber

der Heilpraktikerin für Psychotherapie

Dr. phil. Christine Adler, Hansjakobstraße 123a, 81825 München, 089.45479944;
actpraxis.adler@freenet.de

im Zusammenhang mit meiner psychotherapeutischen Behandlung von ihrer/seiner
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