

## Schweigepflichtsentbindungserklärung (§203 StGB)

Mit der Weitergabe der Informationen und der Daten aus der Sprechstunde an den/die Weiterbehandler/in bin ich einverstanden.  
Diese Erklärung dient ausschließlich der Vermittlung eines Therapieplatzes.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_