



Psychologische Hochschule Berlin gGmbH • Psychotherapeutische Ambulanz  
Am Köllnischen Park 2 • 10179 Berlin

*Psychologische Hochschule Berlin gGmbH  
Psychotherapeutische Ambulanz  
Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin*

Tel. +49 30/ 20 91 66-110  
Fax +49 30/ 20 91 66-27  
e-mail: ambulanz@bdp-verband.de

I:\Formulare Ambulanz\Ambulanz-Formulare -  
gültig\Schweigepflichtsentbindung gegenüber Ärzten-PHB-  
textspezifisch.docx/14.08.13

## Schweigepflichtsentbindung

**Patient: Herr/Frau** \_\_\_\_\_ **geb.:** \_\_\_\_\_

### gegenüber Ärzten, Psychotherapeuten, Psychologen und Kliniken

Hiermit entbinde ich den Arzt/Psychotherapeuten/Psychologen Frau / Herrn \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ und meinen Psychotherapeuten Frau / Herrn \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ zwecks Informationsaustausches von der gegenseitigen Schweigepflicht.

Berlin, den \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in, bzw. Erziehungsberechtigte/r  
(bei Kindern und Jugendlichen)

### Unterlagenanforderung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die bei Ihnen vorhandenen Arztbriefe/Epikrisen und/oder Entlassungsbriefe über mich, Frau / Herrn \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_, (stationärer Aufenthalt vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_), an die Psychotherapeutische Ambulanz der Psychologischen Hochschule Berlin übergeben und von dieser an den Psychotherapeuten Frau / Herrn \_\_\_\_\_ weitergeleitet werden dürfen. Ich entbinde Sie hiermit insoweit von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Die Entbindung von der Schweigepflicht betrifft ebenso die Psychotherapeutische Ambulanz und den oben genannten Psychotherapeuten.

Bitte senden Sie die Unterlagen an obige Ambulanz-Adresse. Vielen Dank.

Berlin, den \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in, bzw. Erziehungsberechtigte/r  
(bei Kindern und Jugendlichen)

**Ich bestätige, dass ich von diesem Formular eine Ausfertigung für meine Unterlagen erhalten habe.**

Berlin, den \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in, bzw. Erziehungsberechtigte/r  
(bei Kindern und Jugendlichen)

**Rektor**  
Prof. Dr. Siegfried Preiser  
**Geschäftsführer**  
Dr. Günter Koch

**Bankverbindung**  
Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
BLZ 120 906 40  
Konto 0507323751

**Psychologische Hochschule Berlin gGmbH**  
Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin  
Amtsgericht Berlin-Charlottenburg HRB 114366 B  
Steuernummer 34/709/10512