



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 -Unterlagenanforderung an BAP, PHB-  
textspezifisch.doc/ 14.08.13

## **Schweigepflichtsentbindung (für die Anforderung an die BAP)**

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

**gegenüber der Berliner Akademie für Psychotherapie (DPA GmbH), Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin**

Hiermit entbinde ich den Psychotherapeuten der Berliner Akademie für Psychotherapie

Frau / Herrn \_\_\_\_\_

und meinen Psychotherapeuten der Psychologischen Hochschule Berlin gGmbH

Frau / Herrn \_\_\_\_\_

zwecks Informationsaustausches von der gegenseitigen Schweigepflicht.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift Patient/in, bzw. Erziehungsberechtigte/r  
(bei Kindern und Jugendlichen)

### **Unterlagenanforderung**

Ich, Frau / Herr \_\_\_\_\_

erkläre mich damit einverstanden, dass sämtliche bei der Berliner Akademie für Psychotherapie über mich erstellten Unterlagen (z. B. Vorgesprächsunterlagen, Anamnesen, Tests, Therapieanträge etc.) 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