**Schweigepflichtentbindung**

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Psychotherapeuten (Dipl.-Psych. Roman Trensch) von seiner Schweigepflicht. Ich bin mit der Weitergabe von ärztlichen und psychotherapeutischen Dokumenten (zum Beispiel Befundberichte, Epikrisen etc.) an weiter behandelnde Einrichtungen einverstanden. Darüber hinaus gestatte ich Herrn Dipl.-Psych. Roman Trensch den telefonischen Austausch über meine Krankheitsgeschichte mit Mitbehandlern.

Datum:

Ort:

Unterschrift Behandler:

Unterschrift PatientIn: