

**Erklärung zur Entbindung  
von der Schweigepflicht und Einwilligung zur Datenverarbeitung  
der Patientin/ des Patienten**

Ich \_\_\_\_\_  
(Name der Patientin/des Patienten)

geb. am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

entbinde **die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten**

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

mit Praxissitz/ Tätigkeitsort in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

von der Schweigepflicht gegenüber der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK), mit Sitz in 04105 Leipzig, Goyastraße 2d. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer gewünschten Auskünfte erteilt und Unterlagen übersandt werden, die mit meiner Behandlung in der o.g. Praxis im Zusammenhang stehen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die OPK angeforderte Unterlagen im Rahmen des berufsrechtlichen Verfahrens verarbeiten darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft einschränken oder widerrufen kann. Ein Widerruf kann zum Abbruch des Verfahrens führen.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift