



Zentrum für Psychotherapie Bodensee
apb - Ausbildungszentrum für Psychotherapie Bodensee
Bruder-Klaus-Straße 8 | 78467 Konstanz

Entbindung der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name der Patientin / des Patienten: _____

Geburtsdatum der Patientin / des Patienten: _____

das Zentrum für Psychotherapie Bodensee (zuständige/r Therapeut*in)

und

**die Leitung der Studie ‚Kognitive Neuro-Psychotherapie‘ der Universität Konstanz
(zuständige wissenschaftliche Mitarbeiter*in in der Arbeitsgruppe Randerath)**

- welche alle der Schweigepflicht unterliegen -

**von der gegenseitigen ärztlichen Schweigepflicht: Dies betrifft Informationen zur
Diagnose und den Bericht zur neuropsychologischen Testung und dem
Trainingsverlauf.**

Meine Kontaktdaten dürfen zur Terminvereinbarung an die Studienleitung weiter gegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in