PSYCHOTHERAPIE
ADAMY

SCHWEIGEPFLIHTSENTBINDUNG

Hiermit benenne ich, , geb. am: folgende Person als meinen Notfallkontakt: . Unter folgender Emailadresse und Telefonnummer ist diese Person erreichbar:

Ich entbinde Psychotherapie Adamy, Dipl.-Psych. M. Adamy, Wurzner Str. 180 in 04318 Leipzig hiermit in Krisensituationen von der therapeutischen Schweigepflicht und erlaube ihr, die oben genannte Person zu kontaktieren und zu informieren.

Datum, Ort Unterschrift Patient/Patientin