**Schweigepflichtentbindung**

Für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten in der Studie (Name der Studie) entbinde ich die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten (Name der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten) gegenüber (Name der / des Verantwortlichen), bezogen auf die Fragestellung der Studie, von ihrer / seiner Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Schweigepflichtentbindung zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Proband/in (Name in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*Hinweis: Dieses Dokument muss ausgedruckt und eigenhändig unterschrieben werden.*