

Ihr Name und Anschrift:
Your name and address

Schweigepflichtsentbindung

Release from confidentiality

Hiermit entbinde ich
I hereby release

Dipl.-Psych. Michael Flor
Chausseestraße 28
10115 Berlin

gegenüber
to

Name / Institution:

Anschrift:
Address

Kontakt (Tel./ E-Mail):

von der Schweigepflicht.
from the duty of confidentiality.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt längstens bis _____
(Datum, oder bis zu einem bestimmten Ergebnis).

The release from the duty of confidentiality is valid until (fill in date or condition above) at the latest.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Erklärung jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen –
für die Zukunft widerrufen kann.

I have been informed that I can revoke this declaration at any time for the future - even without giving reasons.

Berlin, den _____

Unterschrift
Signature