



**Christoph Frutiger**  
Psychotherapeut

Im Junkholz 40  
4303 Kaiseraugst  
079 294 98 05  
therapie@frutiger-basel.ch  
www.frutiger-basel.ch

**Patient:**

Name/Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Strasse: .....

PLZ/ Wohnort: .....

**Entbindung der Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich die Ärzte, Psychologen und Kliniken bei denen ich/mein Kind in der Vergangenheit in medizinischer Behandlung stand, sowie Versicherungen, die über Angaben zum Gesundheitszustand verfügen, von ihrer Schweigepflicht gegenüber Herrn lic. phil. Christoph Frutiger.

Weiter entbinde ich Herrn lic. phil. Christoph Frutiger von der Schweigepflicht gegenüber vor- und nachbehandelnden Ärzten, Psychologen und Kliniken sowie folgenden weiteren Personen oder Institutionen:

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....

.....

**Bei Minderjährigen: Unterschrift der Erziehungsberechtigten:**

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....

.....