

Geltungsbereich: Adipositaszentrum	zugehörige VA/AA:
------------------------------------	-------------------

### Mein Hausarzt ist:

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Haben sie einen Psychotherapeuten? Ja Nein

Wenn Ja:

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Weiterer wichtiger Facharzt (z. B. Psychiater):

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Haben sie einen gesetzlichen Betreuer? Ja Nein

Wenn Ja:

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## Schweigepflichtentbindung

### Bitte erst nach Aufnahme in das Programm unterschreiben!

Hiermit entbinde ich alle Ärzte und Psychologen, die mich aus Anlass meiner Behandlung im Adipositaszentrum des Städtischen Klinikums Dresden behandelt haben und behandeln, von der **Schweigepflicht** gegenüber folgenden Personen. Ebenso entbinde ich die im Folgenden genannten Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber allen Ärzten und Psychologen im Adipositaszentrum des Städtischen Klinikums Dresden.

Frau/ Herrn \_\_\_\_\_  
Frau/ Herrn \_\_\_\_\_  
Frau/ Herrn \_\_\_\_\_  
Frau/ Herrn \_\_\_\_\_

### Beantragende Person:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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