

# Einwilligungserklärung und Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Versicherungsnummer

Um den Service von therapeutenverbund.de im Sinne einer Einleitung einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung für mich kostenfrei nutzen zu können, willige ich ein, daß therapeutenverbund.de meinen Vor- und Zunamen sowie meine Versicherungsnummer an die ARAG Krankenversicherung zur dortigen Verarbeitung weiterleitet. Hierzu entbinde ich therapeutenverbund.de von der Schweigepflicht.

Ich wurde darüber aufgeklärt, daß ich jederzeit die Möglichkeit habe, diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung bleibt bis zum Eingang des Widerrufs unberührt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift(ten) des Versicherungsnehmers,

falls abweichend der Versicherten Person ab dem 16 Lebensjahr, gfs. des/der gesetzlichen Vertreter(s)