



Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich, _____, _____

(Arzt, Therapeuten, Institut,...)

und Frau Cristiane Bockelmann einander gegenüber von der
Schweigepflicht für,

_____, _____ -

Hannover, den _____

(Unterschrift)

Cristiane Bockelmann, M.A.

Psychoanalytische und Tiefenpsychologisch
fundierte Psychotherapie

BSNR: 09-71278-00
LANR: 0268466-69

Tel: 0511/67955281
mail@bockelmann-psychotherapie.de
www.bockelmann-psychotherapie.de

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN DE78 3006 0601 0001 676369
BIC DAAEED33XXX

Mitglied:
Psychotherapeutenkammer
Niedersachsen

Vereinigung Analytischer Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeuten