

Informierte Einwilligung Verzicht auf Mund-Nasen-Bedeckung während Therapiesitzungen

Hiermit willige ich _____
(Name des/der Patient*in, Geb.-Datum)

ein, auf das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung während der Therapiesitzung zu verzichten und entbinde gleichermaßen meinen behandelnden Therapeuten

(Name Psychotherapeut*in in Ausbildung)

von der Pflicht eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen.

Hinweis: Die informierte Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Durch den Widerruf wird das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung für den Patienten und den Therapeuten wieder verpflichtend.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Psychotherapeut*in in Ausbildung