

## 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 meine/n behandelnde/n Therapeut\*in

\_\_\_\_\_  
(Name Psychotherapeut\*in in Ausbildung)

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

Der/die Therapeut\*in in Ausbildung bestätigt zusätzlich, dass das Tragen der Mund-Nasen-Bedeckung während der Therapieleistung aufgrund der therapeutischen Indikation der Behandlung entgegen steht.

**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