

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname

geboren am

Adresse

folgenden Heilpraktiker/in und alle Praxismitarbeiter/innen von ihrer/seiner Schweigepflicht:

Name, Vorname

Praxisadresse

Aus Anlass

Unten genannte/n Person/en darf/dürfen Auskunft über meinen Gesundheitszustand (Art und Inhalt meiner Behandlung), Medikamente und Diagnosen erhalten.

Name, Vorname

Adresse

Institution (z.B. Krankenkasse)

Adresse

Ort, Datum

Unterschrift