

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG
zur Vorlage bei behandelndem Arzt / Heilpraktiker (m/w/d)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit entbinde ich,

Name, Vorname:

Geburtsdatum/-ort:

Anschrift:

die Praxis

von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber

Name, Vorname:

Praxis:

Anschrift:

und erkläre gleichzeitig die Genehmigung zur Herausgabe der von dort angeforderten
Unterlagen:

Ort, Datum

Unterschrift