

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

den nachfolgend genannten Behandler sowie gegebenenfalls an der Behandlung beteiligte Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter von der gesetzlichen Schweigepflicht, soweit dies für den nachfolgend genannten Zweck erforderlich ist.

Behandler / Praxis:

Name: re:motion – Osteopathie-/Heilpraktiker-Praxis Leopold Schulze

Praxisanschrift: Bergstr. 10 – 91347 Aufseß
(Praxisstandort abweichend)

Zweck der Schweigepflichtentbindung:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass gegenüber den nachfolgend benannten Personen, Institutionen oder Stellen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand, Diagnosen, Befunde, Untersuchungsergebnisse, durchgeführte Behandlungen, Therapieempfehlungen sowie die zur Abrechnung erforderlichen Angaben erteilt werden dürfen.

Empfangsberechtigte Person / Institution / Stelle

Name / Institution: _____

Ansprechpartner (falls vorhanden): _____

Geburtsdatum (bei natürlichen Personen): _____

Anschrift: _____

Diese Schweigepflichtentbindung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann. Der Widerruf bedarf der Textform (z. B. E-Mail oder schriftliche Mitteilung).

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____