Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname:

geboren am:

Adresse:

folgenden Heilpraktikerin von ihrer Schweigepflicht:

Name, Vorname: Zimmermann, Kamila

Praxisadresse: Schlehenrain 4, 73072 Donzdorf

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