

Schweigepflichtsentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Personen:

Der Ärztin/ dem Arzt / der Klinik: _____

der Therapeutin/ dem Therapeuten: _____

folgende weitere Personen: _____

von der Schweigepflicht entbunden werden und Auskünfte oder Berichte über mich an Herrn Jan Smejkal, Heilpraktiker, weiterleiten dürfen.

Diese Schweigepflichtsentbindung gilt auch im umgekehrten Fall.

Ort, Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Adresse

Telefonnummer