

<p style="text-align: center;"><b>Schweigepflichtsentbindungserklärung</b></p>
--

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Hiermit entbinde ich, die Osteopathiepraxis Joachim-Fischer

und \_\_\_\_\_

anlässlich meiner aktuellen Behandlung von ihrer Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass gegenüber mit behandelnden Ärzten und  
Therapeuten, über meine Behandlung uneingeschränkt Auskunft erteilt werden darf.

Diese Entbindungserklärung gilt, solange ich sie nicht ausdrücklich widerrufe.

Datum

\_\_\_\_\_

(Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter)