

**Schweigepflichtsentbindungserklärung**

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Hiermit entbinde ich, die Osteopathiepraxis Joachim-Fischer, 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 wiederrufe.

Datum

---

(Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter)