



Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Vorname / Nachname Patient/in

Geburtsdatum

Anschrift

Straße; Nr.: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

meine behandelnde Heilpraktikerin Frau Stefanie Dietrich, geboren am 21.09.1984, (*Naturheilpraxis Stefanie Dietrich; Ruhrstraße 19; 59955 Winterberg-Niedersfeld*) von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen / Institutionen:

Meiner 1.ten Vertrauensperson: Frau / Herr _____,
geboren am _____, wohnhaft in _____

Ich stehe in folgender Beziehung zu dieser Person: _____

Meiner 2.ten Vertrauensperson: Frau / Herr _____,
geboren am _____, wohnhaft in _____

Ich stehe in folgender Beziehung zu dieser Person: _____

Meiner Versicherung _____; Versicherungsnr. _____
Sachbearbeiter/in: Frau / Herr _____

Kontaktdaten: _____

Meinem Arzt | Therapeuten: Frau / Herr _____

Kontaktdaten: _____

Weiteren Personen / Institutionen; Name: _____

Kontaktdaten: _____

-
- Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Heilpraktikerin, Frau Stefanie Dietrich, den oben genannten Personen bzw. Institutionen uneingeschränkt Auskunft über meine erhobenen medizinischen Daten gibt.
 - Es dürfen ausschließlich folgende medizinische Daten, welche mich betreffen, von meiner behandelnden Heilpraktikerin Frau Stefanie Dietrich, an oben genannte Personen / Institutionen weitergegeben werden: _____

 - Sofern notwendig, bin ich ebenfalls damit einverstanden, dass vorliegende Laborberichte, Untersuchungsberichte, Facharztberichte, Kur- und Krankenhausberichte etc., welche mich betreffen, ebenfalls der / den oben genannten Person/en bzw. Institution/en ausgehändigt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift Patient/-in | Eltern oder Vertretungsberechtigte

Datum

Unterschrift & Stempel Heilpraktikerin Stefanie Dietrich