

Schweigepflichtsentbindung



Ich,

Vorname und Nachname: _____

geb. am _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

entbinde

**den Heilpraktiker Detlev Keßler,
Naturheilpraxis Keßler
Holztorstraße 23, 31157 Sarstedt,**

von seiner Schweigepflicht gegenüber den nachfolgend aufgeführten Personen bzw. Personenkreisen. Diese Entbindung von der Schweigepflicht soll auf jeweilige Gegenseitigkeit wirksam sein, damit sich die benannten Personen/-Kreise über mich bzw. meine Krankengeschichte austauschen können. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde, etc. (auch in Schriftform, z.B. Kopie eines Befundes) mitgeteilt bzw. weitergeben werden dürfen.

(- Nicht Zutreffendes bitte ggf. streichen oder löschen -)

- alle mich behandelnden Ärzte und Fachärzte
-
-
-

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (s. Rückseite!).

Ort, Datum, Unterschrift:

Schweigepflichtsentbindung



Widerruf der Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit widerrufe ich,

Vorname(n): (geb. am *)

Nachname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

meine Ihnen erteilte Entbindung von der Schweigepflicht vom..... (Datum)
mit sofortiger Wirkung

gegenüber:

..... (z.B. Arzt)

..... (z.B. Krankenkasse)

..... (z.B. , ...)