

## Schweigepflichtentbindung

Zur reibungslosen medizinische Kommunikation entbinde ich:

Name: \_\_\_\_\_ für mein Kind: \_\_\_\_\_  
(ggf. Erziehungsberechtigter/ gesetzlicher Vertreter)

geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Frau Birte Stühmer, HP  
Die Werft für Osteopathie  
Poststraße 1  
25469 Halstenbek

Mit folgendem Arzt/in/ Hebamme:

Name: \_\_\_\_\_

Die Schweigepflichtentbindung dient dem interdisziplinären Austausch.  
Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtentbindung Daten über meine Person/ meines Kindes sowie die Behandlung und medizinisch erbrachten Befunde mitgeteilt werden.

Die Schweigepflichtentbindung gilt bis auf Weiteres.  
Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig ausstelle und dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit und ohne Angaben von Gründen bei der Praxis: Die Werft für Osteopathie mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter/ gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_