



Schweigepflichtsentbindung

Ich, _____, geboren am _____,

entbinde folgenden Arzt / Ärztin:

Name Arzt/Ärztin _____

Name Praxis _____

Anschrift Praxis _____

von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber folgender Person:

Manon Goldammer

Esskonzept Berlin – iss dich gesund

Ebelingstr. 14A

10249 Berlin

bezüglich der von mir in Anspruch genommenen Ernährungsberatung.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Befunde, Diagnostik und Beratungen auf Wunsch mitgeteilt werden.

Die Schweigepflichtsentbindung kann ich jederzeit widerrufen und ich wurde ausführlich über den Sinn und Zweck sowie über die Folgen einer Verweigerung aufgeklärt.

Berlin, _____ Unterschrift _____