

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich Frau Ursula Flatten von der Schweigepflicht bezüglich der von mir in Anspruch genommenen therapeutischen Beratung gegenüber meinem behandelnden Arzt sowie meiner Krankenkasse.

Frau/Herrn: _____

Straße: _____

PLZ;Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____
