



Podologie am Park  
Claudia Schneider

## Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich:

Vorname: _____	
Nachname: _____	
geboren am: _____	in: _____
wohnhaft:	
Straße: _____	Haus Nr.: _____
Wohnort: _____	PLZ: _____

die Praxis **Podologie am Park – Claudia Schneider, Lindchenweg 1, 51588 Nümbrecht** von ihrer Schweigepflicht.

Alle unten genannten Personen oder Institutionen dürfen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand und Diagnosen erhalten.

Diesen Personen erlaube ich hiermit auch, dass sie auf Wunsch Einsicht in meine Patientenakte erhalten. Es handelt sich um folgende Personen/Institutionen:

**Auszufüllen mit Vornamen, Nachnamen, Geburtsdatum, Adresse!**

Mein/e Partner/in: _____
Mein/e Kind/er: _____
Weitere Personen: _____
(diese können der rechtliche Betreuer oder andere Angehörige sein).

Institutionen: \_\_\_\_\_

Datum/Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_