

Vollmacht / Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, _____
Vorname Nachname

geboren am: _____

erteile hiermit

Frau Merle Leopold und den Mitarbeiter*innen der
Kleinen Auszeit – Praxis für seelische Gesundheit

Vollmacht in meiner Angelegenheit nachzufragen und tätig zu werden.

Ich entbinde

- 1. die im Folgenden aufgeführten Personen / Institutionen gegenüber den oben genannten Personen von der Schweigepflicht.**
- 2. die oben genannten Personen gegenüber den im Folgenden aufgeführten Personen oder Institutionen von der Schweigepflicht.**

Bitte geben Sie die Namen der Personen / Institutionen mit den Kontaktdaten an:

- _____
- _____
- _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Vollmacht bzw. Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Ort

Datum

Unterschrift Patient*in