

## Ernährungstherapie, Am Bahndamm 56, 48488 Emsbüren

### Schweigepflichtsentbindung

Zur Durchführung der Ernährungstherapie aufgrund der ärztlichen Zuweisung und zur reibungslosen Kommunikation zu meinem Wohle, entbinde ich folgende von mir namentlich bekannte Personen/Stellen und die oben genannte Praxis für Ernährungstherapie untereinander von Ihrer Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass diese Personen/Stellen zu unten genannten Zwecken, personenbezogene Daten und Gesundheitsinformationen austauschen.

Hiermit entbinde ich folgende Ärzte/Stellen (Name und Adresse)

---

von Ihrer Schweigepflicht gegenüber der oben genannten Praxis für Ernährungstherapie und gegenseitig, meine Ernährungstherapeutin gegenüber den obigen Personen/Stellen.

**Zweck:** Diese Schweigepflichtserklärung dient dem Zweck der interdisziplinären Kommunikation. Mir ist bekannt, dass im Rahmen dieser Schweigepflichtsentbindung Daten über mich und meine Beratung (z.B: Befunde, Labordaten, Behandlungs- und Beratungsberichte, Informationen über den Verlauf) übermittelt und ausgetauscht werden.

**Gültigkeit:** Diese Schweigepflichtsentbindung gilt bis auf weiteres und erlischt zum Ende der Ernährungstherapie automatisch. Mir ist bekannt, dass ich sie freiwillig unterzeichne. Eine Verweigerung kann Einschränkungen meiner Beratung zur Folge haben. Ich habe davon Kenntnis, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat bei der oben genannten Praxis für Ernährungstherapie zu erfolgen.

Ich erteile meine freiwillige Einwilligung, dass meine personenbezogenen Daten (s. Punkt 3 „Zweck der Datensammlung“ des von mir gesichteten Schreibens „Datenschutzerklärung für die Praxis für Ernährungstherapie“, einzusehen auf [www.katrin-splinter.de](http://www.katrin-splinter.de)) von Katrin Splinter gesichtet und gespeichert werden dürfen.

Sämtliche Angaben, die ich in Zuge dessen mache, unterliegen den Regelungen des Patientengeheimnisses und werden nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben.

**Hiermit melde ich mich verbindlich zur Ernährungstherapie mit Übernahme der anfallenden Kosten an. Termine, die nicht mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, werden in Rechnung gestellt.**

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Email	
Krankenkasse	

---

Ort, Datum, Unterschrift (Patienten/Erziehungsberechtigter, Jugendlichen ab 16. Lebensjahr)