

## Patientenerklärung im Rahmen einer Ernährungsberatung

Versicherter Name, Vorname	geb. am.:
Patient/Kind Name, Vorname	geb. am.:
Straße:	
PLZ:	Ort:
Krankenkasse:	Versicherten-Nr
Telefon privat:	Telefon beruflich:

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt / Psychotherapeuten

Frau / Herrn
Straße
PLZ, Ort
Telefon/FAX:

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Dr. Andrea Feussner bezüglich der von mir in Anspruch genommenen Ernährungsberatung.

Ort

Datum

Unterschrift