



## Ernährung + Diät

Therapie und Beratung

**Alkistis Anastassiades**

Diplom-Oecotrophologin  
und Diätassistentin

Mühlenberg 8  
88079 Kressbronn

Fon 07543/ 30 28 222

Fax: 07543/ 30 28 271

Email: [info@ernaehrung-diaet.de](mailto:info@ernaehrung-diaet.de)

<http://www.ernaehrung-diaet.de>

### ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich,

---

---

(Name, Geburtsdatum, Anschrift des Patienten/ Klienten)

meinen behandelnden Arzt/ Psychologen/ Therapeuten

---

---

(Name, Anschrift und Telefonnummer des Arztes/ Psychologen/ Therapeuten)

und **Frau Dipl. oec. troph. Alkistis Anastassiades** untereinander und gegenseitig von der Schweigepflicht

für **Belange** der Ernährungsberatung/ -therapie mit Auftrag vom \_\_\_\_\_ .  
(Datum der Ärztlichen Zuweisung/ des Auftrages)

#### Mir ist bekannt, dass

- im Rahmen dieser Schweigepflichtentbindung **Gesundheitsdaten** über mich und meine Behandlung übermittelt und ausgetauscht werden (z.B. Labordaten, Behandlungsberichte, Informationen).
- diese Schweigepflichtentbindung automatisch am Ende der Ernährungstherapie bzw. des Auftrages **erlischt**.
- ich diese Schweigepflichtentbindung **freiwillig** unterzeichne. Eine Verweigerung kann Einschränkungen meiner Behandlung/ Beratung zur Folge haben.
- ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen** kann. Der Widerruf hat bei der oben genannten Praxis für Ernährungsberatung und –therapie zu erfolgen.

\_\_\_\_\_  
(Ort/ Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten/ Klienten/ Erziehungsberechtigten über 16 Jahre)