



Praxis für chinesische Medizin Simone Paladino
Naturheilpraktiker TCM – Akupunktur & Tuina

Vollmacht zur Auskunftserteilung

Mit diesem Schreiben und meiner Unterschrift entbinde ich,

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ & Ort: _____

Herrn Simone Paladino, Naturheilpraktiker TCM – Akupunktur & Tuina, 8866 Ziegelbrücke von der beruflichen Schweigepflicht und bevollmächtige **Herrn Simone Paladino**, den Vertrauensärzten der unten aufgeführten Krankenkasse, Auskünfte zu meinen behandelten Gesundheitsbeschwerden und dem Therapieverlauf zu erteilen.

Name der Krankenkasse: _____

Adresse: _____

PLZ & Ort: _____

Ort & Datum:

Unterschrift Vollmachtgeber/in
