

Schweigepflichtentbindung

für das interdisziplinäre Schulungsprogramm zur Therapie der Adipositas
M.O.B.I.L.I.S.

Bitte füllen Sie das vorliegende Formular aus und händigen Sie dieses unterschrieben Ihrem M.O.B.I.L.I.S.-Arzt bei der Eingangsuntersuchung aus.

Hiermit entbinde ich,



Name, Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

aus Anlass meiner Kursteilnahme am M.O.B.I.L.I.S.-Programm für dessen Dauer den mich behandelnden M.O.B.I.L.I.S.-Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber:

- sämtlichen Trainern/Ärzten meines M.O.B.I.L.I.S.-Teams vor Ort aus den Bereichen Bewegung, Psychologie/Pädagogik, Ernährung und Gruppenleitung sowie all diese Personen auch untereinander, und
- meinem Hausarzt.

Ort, Datum

Unterschrift

