

## **Erklärung über die Entbindung der tierärztlichen Schweigepflicht**

Ich (Tierhalter)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

entbinde hiermit den Tierarzt

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die meinem Pferd \_\_\_\_\_ der Rasse \_\_\_\_\_ betreffenden Krankenpapiere, Krankengeschichte, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen zur Verfügung gestellt oder Inhalte dieser Untersuchungen telefonisch/per E-Mail weitergegeben werden dürfen an:



Am Schloßgarten 14  
36132 Eiterfeld

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift des Tierhalters

Pferdeosteopathie Ann-Christin Bock  
Am Schloßgarten 14  
36132 Eiterfeld

Tel: 0172/7429470  
E-Mail: [pferdeosteopathie-ab@gmx.de](mailto:pferdeosteopathie-ab@gmx.de)  
Web: [www.pferdeosteopathie-ab.de](http://www.pferdeosteopathie-ab.de)