

**Erklärung über die Entbindung von
der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich,

Name:

geboren am:

Anschrift:

den/die nachfolgend benannten Arzt/Ärzte, Zahnarzt/Zahnärzte und/oder Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von
Krankenanstalten und Behörden

(genauer Name, Vorname, Anschrift der Ärzte u.s.w.)

hiermit von seiner/ihrer gesetzlichen und vertraglichen Schweigepflicht unter der Bedingung, dass die Auskünfte nur schriftlich erteilt
werden und unter der Auflage, der von mir beauftragten

Sozietät ERHARD | MAAS | WINK & PARTNER
Rechtsanwälte PartG mbB
Möllenkotter Straße 3 F
58332 Schwelm

auf deren Anforderung Kopien (gegen Auslagerstattung) zuzusenden.

Schwelm, _____

Unterschrift

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

