

Erklärung über Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Betrifft: _____

Hiermit entbinde ich

Herrn-Frau Dr. med.

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit der Erteilung aller Auskünfte über meine Behandlung wegen

erkläre ich mich hiermit einverstanden, wenn die Auskünfte gegenüber den von mir bevollmächtigten Rechtsanwälten

Dr. Rehse und Partner aus 48653 Coesfeld, Borkener Str. 2, Tel. 02541/84570

erteilt werden.

_____, den _____
