

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde mit dieser Erklärung alle behandelnden und untersuchenden Ärzte sowie das betreffende Personal von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit.

Gleichzeitig bin ich damit einverstanden, dass die mich betreffenden Krankenunterlagen und Aufzeichnungen zur Einsichtnahme an:

Herrn Rechtsanwalt Dr. Endemann, Alter Steinweg 34, 48143 Münster

versandt werden.

Münster, den 00.00.0000

Vor- und Nachname Mandant