

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

alle mich behandelnden Ärzte, insbesondere  
den Arzt / die Ärztin \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

gegenüber

Prof. Dr. med. Gaidzik, Dr. Pfau, Brinkmann und Schreiner, Rechtsanwälte, Hafen-  
straße 14, 59067 Hamm, von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)