

Schweigepflichtentbindungserklärung

in dem Verfahren Az.: RA.....

(wird von Ärztekammer vergeben)

Hiermit entbinde ich

Frau/Herrn Dr. med.

gegenüber:

1. der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Gartenstraße 210-214, 48147 Münster

2.

.....

3.

.....

von der Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ärztekammer Westfalen-Lippe in diesem Verfahren gegenüber

1.

.....

2.

.....

Auskunft erteilt.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

Name:

.....geb.....

Anschrift:

.....

DRUCKEN