

# Schweigepflichtsentbindungserklärung

in dem Verfahren Az.: .....

(wird von Ärztekammer vergeben)

Hiermit entbinde ich

**Herrn/Frau 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**