

2) **Schweigepflichtentbindungserklärung**

Hiermit entbinde ich

Herrn Dr. /Frau Dr./die Gemeinschaftspraxis

.....
.....

gegenüber:

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

von der Schweigepflicht.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die betroffene Ärztin/der betroffene Arzt/die betroffenen Ärzte der Ärztekammer Westfalen-Lippe eine Kopie der mich betreffenden Patientendokumentation übersendet/übersenden. Des Weiteren bin ich mit der Weiterleitung meiner Beschwerde an die betroffene Ärztin/den betroffenen Arzt bzw. die betroffenen Ärzte einverstanden.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

Name:

Anschrift: