Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Herrn/Frau Dr.

gegenüber:

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

von der Schweigepflicht.

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

(Arzt, Beihilfe, etc.)

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

Ort, Datum

Unterschrift

Name:

Anschrift: