

# Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Behandlungszeitraum: \_\_\_\_\_

Ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_, entbinde von der ärztlichen Schweigepflicht:

Name: \_\_\_\_\_

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

Die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht gilt für Auskünfte an:

**Rechtsanwalt Björn Hülsenbeck, Hufelandstraße 1, 45147 Essen**

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

(bei Minderjährigen die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter)