

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Nachname: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Geboren: am _____._____._____ in _____

entbinde mit dieser Erklärung sämtliche mich behandelnden und untersuchenden Ärzte sowie das betreffende Personal von sämtlichen Pflichten zur Verschwiegenheit.

1. Übersendung per Post

Mit der Übersendung der mich betreffenden Krankenunterlagen und Aufzeichnungen zur Einsichtnahme an folgende Adresse:

Rechtsanwalt Tassilo Zahn, Grevener Str. 252, 48159 Münster

bin ich einverstanden.

nicht einverstanden.

2. Übersendung per E-Mail

Mit einer Übersendung via E-Mail an die folgende E-Mail-Adresse:

kontakt@kanzleizahn.de

bin ich einverstanden.

nicht einverstanden.

3. Anmerkungen:

keine.

Ort, Datum

Unterschrift