

## **Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich entbinde mit dieser Erklärung alle behandelnden und untersuchenden Ärzte sowie das betreffende Personal von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit.

Gleichzeitig bin ich damit einverstanden, dass die mich betreffenden Krankenunterlagen und Aufzeichnungen zur Einsichtnahme an:

**Rechtsanwälte Dr. Endemann & Partner, Von-Vincke-Straße 14, 48143 Münster**

versandt werden.

---

Ort, Datum

---

Vor- und Nachname Mandant