Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich:

Name:

Anschrift:

Geb. Datum:

die mich behandelnden Ärzte/Einrichtungen von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und bitte sie sowie die betreffenden Einrichtungen, nachfolgenden Personen Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in Krankenakten zu gewähren:

RA Wienke, Friedenstraße 15, 44139 Dortmund

Ort, Datum

Unterschrift