

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

den Arzt / die Ärztin \_\_\_\_\_

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

gegenüber der Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 9,  
40474 Düsseldorf, von der ärztlichen Schweigepflicht.

\*Behandlungsfall: \_\_\_\_\_ \*geb.: \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Weiterleitung meines Beschwerdeschreibens an den Beschwerdegegner einverstanden. **(Bitte ankreuzen, wenn kein Beschwerdeformular verwendet wurde.)**

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

-----  
\* Bitte nur ausfüllen, wenn Sie für Minderjährige, betreute Personen etc. aktiv werden.