

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

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

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

alle mich behandelnden Ärzte, insbesondere

den Arzt / die Ärztin \_\_\_\_\_

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

gegenüber

Zurstraßen & Wellssow Rechtsanwälte, Aachener Strasse 197-199, 50931 Köln-Lindenthal von

der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

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