

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich,

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

alle mich aufgrund des Vorfalls vom \_\_\_\_\_ behandelnden Ärzte von  
ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meinem Rechtsanwalt Peter Wiete, Buschkamp  
18, 48521 Nordhorn.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift