

## Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Ort

meinen Arzt/ meine Ärztin/ die Ärzte des Krankenhauses

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Ort

von der ärztlichen Schweigepflicht

gegenüber

KSW - Partner Rechtsanwälte  
Partnerschaft mbB, Bornstraße 14, 20146 Hamburg.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift