

Name: _____

Adresse: _____

E-Mail/Telefon: _____

An die

Bezirksregierung Münster

Dezernat 24 – Krankenhausaufsicht

Krankenhausplanung-24@brms.nrw.de

48143 Münster

Entbindung von der Schweigepflicht

Bezogen auf meine Beschwerde über meinen Aufenthalt im _____
entbinde ich das Krankenhaus zur Erstellung einer Stellungnahme und gegenüber der
Bezirksregierung Münster sowie der zuständigen unteren Gesundheitsbehörde und dem
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW von der gesetzlichen
Schweigepflicht.

Die Entbindung von der Schweigepflicht bezieht sich nur auf die anlassbezogene
Sachverhaltsklärung. Die Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht kann
jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum und Unterschrift