

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Anschrift:.....

alle Ärzte, die mich behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

**Rechtsanwalt Sven Richwin, Rechtsanwältin Eva Häfele,
Rechtsanwältin Franziska Dams und Rechtsanwältin Marie Ellersiek,
Oranienstr. 166, 10999 Berlin
Tel: +49-30-54713999
Fax: +49-30-54713997**

_____, den _____

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)