

Herr/Frau: _____

Vorname Nachname: _____

Straße Nr.: _____

PLZ Ort: _____

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Hiermit entbinde ich nachfolgend aufgeführte Ärzte/Kliniken für die Dauer des Verfahrens gegen GEGNER, von der ärztlichen Schweigepflicht:

- Klinik/Arzt mit vollständiger Anschrift

- Klinik/Arzt mit vollständiger Anschrift

Ort, den Datum

Mandant