

Herr / Frau: \_\_\_\_\_

Vorname / Nachname: \_\_\_\_\_

Straße / Hsnr.: \_\_\_\_\_

PLZ / ORT: \_\_\_\_\_

## ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

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

Klinik / Arzt: \_\_\_\_\_

Vollständige Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ort), den \_\_\_\_\_ (Datum)

\_\_\_\_\_  
Mandant