

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde hiermit freiwillig _____

, der/die mich aus Anlaß _____

behandelt hat/haben von der ärztlichen Schweigepflicht
gegenüber

Rechtsanwältin Christine Leisten, Neusser Straße 16, 50670 Köln

für den Zeitraum _____

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: __/__/____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)