

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

.....
.....
.....
.....

meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt,

.....
.....
.....
.....

von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner Bevollmächtigten

Frau Rechtsanwältin
Heike Neumann
Hainstraße 110
09130 Chemnitz

Ort, Datum

.....

Unterschrift

.....