

Schweigepflichtentbindung

Ich,

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum, -ort)

Anschrift

entbinde hiermit alle behandelnden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Toprak & Partner Rechtsanwälte, Ludwigsplatz 9, 35390 Gießen, hinsichtlich

(Grund der Behandlung)

Ich bin damit einverstanden, dass meinen Rechtsanwälten alle Auskünfte erteilt werden, die im Zusammenhang mit der obigen Angelegenheit stehen und ihnen Abschriften von Berichten und Gutachten zur Verfügung gestellt werden.

Gießen, den _____

Unterschrift