

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

_____ Name

_____ Straße

_____ Ort

meinen Arzt/ meine Ärztin/ die Ärzte des Krankenhauses

_____ Name

_____ Straße

_____ Ort

von der ärztlichen Schweigepflicht

gegenüber

Rechtsanwalt Tahir Göcmen, Nienburger Str. 2, 28857 Syke

_____ Ort, Datum Unterschrift