

# Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

den Arzt / die Ärztin \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

gegenüber den Rechtsanwälten Dr. Weber, Weber & Kollegen von der ärztlichen  
Schweigepflicht.

\* Behandlungsfall: \_\_\_\_\_ \* geb.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\* Bitte nur ausfüllen, wenn Sie für Minderjährige, betreute Personen etc. aktiv werden