

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Hiermit entbinde ich,

Name / Vorname

wohnhaft in

Straße / Hausnr.

PLZ / Wohnort

Frau Dr. / Herrn Dr.

sowie alle Ärzte und Kliniken,
die mich im Zusammenhang mit

sowie meine
Krankenversicherung

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner Rechtsanwältin,

**Frau Anne Patsch, Hainer Weg 50, 60599 Frankfurt,
sowie B4,3, 68159 Mannheim**

Mannheim,

Unterschrift Mandant