



Schweigepflichtentbindungserklärung

Patient

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Behandelnder Arzt

Name: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich den vorbezeichneten Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der

Fachanwältin für Strafrecht Katja Kosian

Rottstraße 37, 67061 Ludwigshafen

Diese wird zugleich von ihrer anwaltlichen Schweigepflicht entbunden, soweit dies für die Wahrnehmung des Mandates erforderlich ist.

Ich behalte mir den jederzeitigen Widerruf dieser Entbindungserklärung ausdrücklich vor.

_____, den _____

Ort

Datum

Unterschrift