



Name

Straße

PLZ / Ort

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die mich anlässlich meines Unfalles/Vorfalles vom

behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den

**Rechtsanwälten Peter Landstorfer und Marion Neusiedler
Nymphenburger Straße 118, 80636 München**

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift