

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Hiermit gestatte ich,

Name

Anschrift

meinem Arzt/Therapeuten _____

unter Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, meine Rechtsanwältin Csilla Iványi, Littenstraße 108, 10179 Berlin, sowie Gerichte und Behörden über meinen Gesundheitszustand und Einzelheiten der Therapie zu unterrichten.

Datum

Unterschrift