

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Name:

Geburtsdatum:

Ich erlaube meinen behandelnden Ärzten,

Herrn Rechtsanwalt Dominik Bender

Kaiserstraße 72

60329 Frankfurt

Tel. 069 - 759 004 0

Fax 069 - 759 004 77

Mail: kanzlei.bender@gmail.de

alle Informationen über meinen Gesundheitszustand weiterzugeben, über die sie verfügen, einschließlich derer zu meiner Krankengeschichte, meinem geistigen und körperlichen Zustand sowie jeglicher medizinischen Behandlung.

Ich weiß, dass ich diese Erlaubnis jederzeit widerrufen kann.

(Datum, Ort)

(Unterschrift)