

## Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich,

Name / Vorname

wohnhaft in Straße / Hausnr.

PLZ / Ort

dass ich meine sämtlichen mich behandelnden Ärzte, Kliniken, meine Krankenversicherung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

**DUAL Rechtsanwaltskanzlei, vertreten durch meine Rechtsanwältin Duygu Altun-Turak,  
Schulstr.48, 51373 Leverkusen, entbinde.**

Ort ....., Datum .....

Unterschrift Mandant