

## Schweigepflicht-Entbindungserklärung

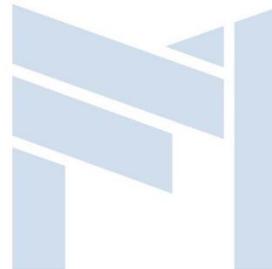
Name:  
Vorname:  
Geb.-Datum:  
Straße und Hausnr.:  
PLZ und Ort:

entbindet hiermit

gegenüber



Potsdamer Allee 127  
14532 Stahnsdorf  
Tel: 03329-69 88 544  
Fax: 03329-69 88 545  
[www.du-hast-recht.de](http://www.du-hast-recht.de)  
[info@du-hast-recht.de](mailto:info@du-hast-recht.de)  
*Termine nach Vereinbarung*



sowie gegenüber der

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Stahnsdorf, den

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)