



Christian Wolf
RECHTSANWALT

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname

Adresse, PLZ, Ort

Geburtsdatum:

meine/n behandelnden Arzt/Ärztin/Psychotherapeut/in/Zahnarzt/Zahnärztin

Name, Vorname

Adresse, PLZ, Ort

gegenüber meinem Rechtsanwalt Christian Wolf von der (ärztlichen) Schweigepflicht.

Mit der Übersendung von Behandlungsunterlagen bin ich einverstanden. Ich entbinde auch meinen Rechtsanwalt, soweit es die Mandatsbearbeitung erfordert, gegenüber meinem o.g. Behandler von der Schweigepflicht.

Ich bin darüber informiert, dass Dritte für die Übersendung/Überlassung von Befundberichten und sonstigen Unterlagen u.U. Gebühren und Kosten mir gegenüber geltend machen können. Ich werde diese Kosten übernehmen.

Unterschrift

Datum