

STIRNWEISS, STEGE & COLL.

ANWALTSKANZLEI

Unser Az.: _____

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

ERKLÄRUNG

-

Hiermit erkläre ich, _____

dass ich alle Ärzte, die mich behandelt haben, bzw. noch behandeln werden, von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht entbinde, unter der Bedingung, dass Auskünfte erteilt werden an

-

ANWALTSKANZLEI STIRNWEISS, STEGE & COLL.
KIRCHHEIMER STRASSE 94 - 96
70619 STUTTGART - SILLENBUCH
TEL.: 0711/45 999 730 • FAX: 0711/478 03 46
INFO@STCOLL.DE WWW.STCOLL.DE

-

_____, den _____
