

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich, _____, dass ich meine sämtlichen mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber MSH Rechtsanwälte, Berliner Allee 56, 40212 Düsseldorf, entbinde.

Ort, Datum

Unterschrift