

## **E R K L Ä R U N G**

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

**Frau Rechtsanwältin Karoline Seibt**

**Diekbree 19, 48157 Münster**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift