

# ERKLÄRUNG ÜBER DIE ENTBINDUNG DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT



MARIANNA THEOCHARI  
Rechtsanwältin und  
Fachanwältin für Strafrecht

In Sachen \_\_\_\_\_  
wegen \_\_\_\_\_

habe ich die Rechtsanwaltskanzlei Marianna Theochari, Altstadt 28 in 84028 Landshut beauftragt.

Hiermit entbinde ich,

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

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

anlässlich des Unfalls/Vorfalles vom: \_\_\_\_\_

freiwillig, alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, die an meiner Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Haftpflichtversicherung des Schadenverursachers sowie der Rechtsanwältin Marianna Theochari, Altstadt 28 in Landshut. Die Entbindungserklärung gilt über den Tod des Unterzeichners hinaus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erklärenden