

# ENTBINDUNG VON DER ANWALTlichen SCHWEIGEPFLICHT

In Sachen

(Name des Beschuldigten/Geschädigten/Opfers)

---

Geburtsdatum und -ort

---

entbinde ich hiermit die Rechtsanwälte der

## ANWALTSKANZLEI EDER

Salzstr. 66

83395 Freilassing

Tel.: 08654 / 3096341

Fax: 08654 / 3096342

vollumfänglich von der anwaltlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- den beteiligten Rechtsanwälten
- den beteiligten Gerichten und Behörden
- den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- den beteiligten Gutachtern oder Gutachterkommissionen
- den folgenden Angehörigen

---

(jeweils Name und Vorname)

- Sonstigen

---

(jeweils Name und Vorname, Institution, etc.)

**(Zutreffendes jeweils ankreuzen;** soweit keine Ankreuzung erfolgte, wird mit der Unterschrift davon ausgegangen, dass gegenüber allen oben aufgeführten Beteiligten, **mit Ausnahme bei strafrechtlichen Mandaten**, die Entbindung von der anwaltlichen Schweigepflicht gilt)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Mandant