

SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Ich, _____, geb. am _____

wohnhaft: _____

entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am _____ erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie dem von mir beauftragten Rechtsanwalt, nämlich

Rechtsanwältin Susanne Mindermann

Achimer Brückenstraße 5, 28832 Achim

Tel.: 04202/9109292

Fax: 04202/8083

zusenden.

Achim, _____

Unterschrift