

Erklärung

Ich 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 / der von mir beauftragten Rechtsanwalt / Rechtsanwältin, nämlich

RAin Kemming, Alte Döhrener Str. 12, 30169 Hannover

(eingeschrieben) zusenden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift: _____,

_____, den _____

(Unterschrift)