

ERKLÄRUNG
zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

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,

unter der Bedingung, dass die von mir beauftragte Anwaltskanzlei

Andrea Marx

Schönhauser Allee 74

10437 Berlin

Tel.: 030 50 36 75 86

Fax: 030 76 21 77 23

gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und
Stellungnahmen
erhält.

, den

[Unterschrift]