

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 beauftragten Rechtsanwälte von Preuschen, Alexanderstraße 13, 53111 Bonn,

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

_____, den _____
Ort Datum

_____ (Unterschrift)