

ERKLÄRUNG

Ich

.....
Name, Geburtsdatum, Anschrift

entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am erlittenen Unfall 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 Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie an die von mir beauftragten Rechtsanwälte

KANZLEI NUSSMANN

Fachanwältin & Mediatorin

Markt 13 * 04808 Wurzen

Tel.: 03425/90020

Mail: sekretariat@kanzlei-nussmann.de

zusenden.

Ort, Datum

Unterschrift