

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
- d) den beteiligten Sachverständigen

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

Rechtsanwaltskanzlei
Gerald Munz, Bismarckstr. 75, 70197 Stuttgart
Tel.: 0711 / 305 888-3

Name : _____

Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

(Ort/Datum)

(Mandant/in/en)