

## 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, Hummelbergstraße 28, 70195 Stuttgart

Telefon: (+49)0711 / 305 888-3; Telefax: (+49)0711 / 305 888-4

Name : \_\_\_\_\_

Vorname : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_

(Mandant/in/en)