



Erklärung

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:

- beteiligten Versicherungsgesellschaften
- beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass die von mir beauftragten Rechtsanwälte, Kanzlei Luba Mayr, Rechtsanwälte, Buschstr. 52, 53113 Bonn, gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhalten.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)