

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

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

Weindl Ziegler Schladt
Rechtsanwälte Steuerberater PartGmbH
Am Alten Viehmarkt 3, 84028 Landshut
Tel.: 0871/430160
Fax: 0871/4301699

zusenden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Unterschrift