

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

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

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

unter der Bedingung, dass die von mir beauftragten Rechtsanwälte,

Rechtsanwälte Molsbach + Bürger, Wiener Straße 114-116, 01219 Dresden

gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

 *

Ort

den

 *

Datum

 *

Unterschrift

*Bitte ergänzen und ausfüllen!