

Erklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich anlässlich des Unfalls/Vorfalles vom _____ behandelt haben oder noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

den beteiligten Versicherungsgesellschaften
Gericht und Staatsanwaltschaft
den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass der

Rechtsanwaltskanzlei Schmidt

- Langenstr. 24a Fackenburger Allee 22 Steindamm 48
18439 Stralsund 23554 Lübeck 20099 Hamburg

(bitte ankreuzen)

gleichzeitig und unaufgefordert eine Abschrift des Arztberichtes zugeht oder durch den Auftraggeber des Arztberichtes zugeleitet werden darf.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

_____, den _____

Unterschrift