

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 von mir beauftragten
Rechtsanwalt Oliver Klümper, Alte Mainzer Landstraße 32, 64807 Dieburg
zusenden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum: 19

Anschrift:

Datum

(Unterschrift)