

## 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;

unter der Bedingung, dass die von mir beauftragten Rechtsanwälte, nämlich

**Rechtsanwälte  
Leibnitz & Meier**

- Emstaler Landstraße 45, 14797 Kloster Lehnin  
- Rheinstraße 3, 14513 Teltow

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

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

---

Datum, Unterschrift