

# 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!