

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

alle Ärzte, Physiotherapeuten u. a., die mich aus Anlass des durch das (Verkehrs-)Unfallgeschehen vom _____ erlittenen körperlichen Schadens 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 Ärzte u. a. Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie dem von mir beauftragten Rechtsanwalt, nämlich

**Herrn Rechtsanwalt
Andreas Steffen,
Stralsunder Straße 3,
16515 Oranienburg,**

Tel.: (03301) 597 00 , Fax: (03301) 70 21 01,

zusenden.

....., den

.....

(Unterschrift)

