

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 Rechtsanwälten

Rechtsanwälte Molsbach + Bürger

unter der Bedingung, dass die von mir beauftragten Rechtsanwälte gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält.

.....

Ort

.....

Datum



.....

Unterschrift