

Erklärung

Ich,

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

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

WINTERMANN | BENTRUP | SCHMITZ
Wolfgang Bentrup, Holger Schmitz, Jürgen Sasse, Anke Held
Bismarckstr. 1, 27749 Delmenhorst

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

Delmenhorst, den

.....
(Unterschrift)