

ERKLÄRUNG

Ich entbinde hiermit die Ärzte, die mich aus Anlass des am _____ ereigneten Vorfalls 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/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie der von mir beauftragten Rechtsanwältin, nämlich

Rechtsanwältin Sabina Böhme
Atzpodienstraße 1, 10365 Berlin

zusenden:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

(Datum)

(Unterschrift)