
ERKLÄRUNG

Ich 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 Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen
und davon jeweils zugleich eine Kopie den von mir beauftragten Rechtsanwälten

KPW - Krell/Pleines/Wilcke, Baumstraße 25, 45128 Essen,
zu senden.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____
