

ERKLÄRUNG

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlaß des

am

in

erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht und zwar gegenüber

a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften b) den beteiligten Gerichten 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 Jürgen Amrehn & Horst Hornek,
Hauffstr. 6, 73728 Esslingen,**

zusenden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Datum

Unterschrift