



SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am
erlittenen Unfalles / Vorfalles 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 den

Rechtsanwälten Dr. Schebitz, Platner, Thiedemann, Königsplatz 57, 34117 Kassel,
Tel.: 0561 766669-0, Fax: 0561 766669-10, e-mail: mail@renot.de

zusenden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....
(Datum und Unterschrift)