

Erklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich 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 dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin, nämlich

Rechtsanwälte Staudacher, Dr. Großhardt, Pokrop, Bruns, Hornung, Reibl, Neusch, Werastr. 22, 88045 Friedrichshafen

(eingeschrieben) zusenden.

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

(Unterschrift)

Erklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich 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 dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt/Rechtsanwältin, nämlich

Rechtsanwälte Staudacher, Dr. Großhardt, Pokrop, Bruns, Hornung, Reibl, Neusch, Werastr. 22, 88045 Friedrichshafen

(eingeschrieben) zusenden.

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

(Unterschrift)