

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 Klaus Staudacher, Dr. Holger Großhardt, Gerd Pokrop, Christian Bruns,
Heike Reibl, Sabrina Neusch, Michael Staudacher, Eugen Savitski, Tobias Magin,
Werastr. 22, 88045 Friedrichshafen,
(eingeschrieben) zusenden.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

(Unterschrift)