

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
- d) _____;

unter der Bedingung, dass die von mir beauftragten Anwaltskanzlei

Christian Hoff
Rolandstr. 9, 45881 Gelsenkirchen

gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und Stellungnahmen erhält:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: : _____

Gesetzlicher Vertreter: _____

Ort, Datum

Unterschrift