

## ERKLÄRUNG

Ich

.....  
Name, Geburtsdatum, Anschrift

entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am ..... erlittenen Unfall 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

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie an die von mir beauftragten Rechtsanwälte

### **KANZLEI NUSSMANN**

Fachanwältin & Mediatorin

Markt 13 \* 04808 Wurzen

Tel.: 03425/90020

Mail: sekretariat@kanzlei-nussmann.de

zusenden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift