

## SCHWEIGEPFLICHTENBINDUNGSERKLÄRUNG

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich in Zusammenhang mit

---

(Ereignis)

vom \_\_\_\_\_ 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 Kanzlei am Citytor, Rechtsanwälte Meyer & Partner, Albert Schweitzer Str. 6, 38226 Salzgitter senden.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

---

Unterschrift