

# ERKLÄRUNG

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am  
erlittenen Unfalls/Schadensfall 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 der von mir beauftragten Rechtsanwältin

Konny Brauns, Diekerstr. 102, 42781 Haan  
Tel. 02129/ 8060 Fax 02129/ 344 875

zusenden.

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

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

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

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

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

....., den .....

.....  
(Unterschrift)