

ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, _____
[Vor- und Nachname]

[Vollständige Anschrift]

dass ich alle Ärzte, die mich aus Anlass des am _____._____.20____ in _____
erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen
Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
- den beteiligten Rechtsanwälten,

unter der Bedingung, dass der von mir beauftragte Rechtsanwalt

Thomas Melletat, Hildesheimer Str. 372, 30880 Laatzen

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

_____, den _____

Unterschrift