

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

unter der Bedingung, daß die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon
jeweils zugleich eine Kopie den von mir beauftragten Rechtsanwälten, Müller, Dr. Hinnekeuser,
Wenzel, Waldweg 18, 22393 Hamburg zusenden.

Namen und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hamburg, den

(Unterschrift)