

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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 Strafverfolgungssachen
- c) den beteiligten Rechtsanwälten / Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie dem/der von mir beauftragten Rechtsanwalt / Rechtsanwältin, nämlich

**Rechtsanwalt Daniel Konta, Zeil 81, 60313 Frankfurt,
Tel.: 069 / 25752720; Fax: 069 / 25753975**

zusenden.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum

Unterschrift