

ERKLÄRUNG

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass meiner Beschwerden infolge des Unfallereignisses vom behandelt haben, bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungen
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälten

unter der Bedingungen, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils eine Kopie den von mir beauftragten

Rechtsanwälten Örkün & Putzar, Habsburgerring 1, 50674 Köln

zusenden. Ferner erkläre ich mein Einverständnis zur Beiziehung aller einschlägigen Krankenpapiere.

Name:

Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

, den

Unterschrift