

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich,

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Anschrift:.....

.....

dass ich alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall vom in behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Herrn Rechtsanwalt Gerd-Michael Lindner, Kirchstraße 4, 26169 Friesoythe und im Streitfall den zuständigen Gerichten, entbinde.

Ort:

Datum:

Unterschrift:

.....