

## Erklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlaß des erlittenen Unfalls behandelt haben, 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 eine Kopie den von mir beauftragten

**Rechtsanwälten**  
**Dr. Gunkel, Brocks, Röth, Pfennigstorf**  
**Universitätsallee 5, 28359 Bremen**  
**Tel.: 0421 - 20 25 66**  
**Fax: 0421 - 20 25 670**

übersenden.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)