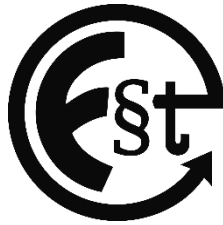


Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Mitarbeiter von Krankenanstalten einschließlich Hilfskräfte, die mich aus Anlass des am _____ erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- ⇒ den beteiligten Rechtsanwälten
- ⇒ den beteiligten Gerichten und Verfahrensbeteiligten
- ⇒ den Strafverfolgungsbehörden
- ⇒ den beteiligten Versicherungsgesellschaften

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Fotokopie den von mir beauftragten Rechtsanwälten,



Kanzlei Steinau

Forstenrieder Allee 72

81476 München

Telefax 089 895 90 701

zusenden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsunterlagen wie z.B. Krankenblätter, Krankengeschichte, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, sonstige Bildbefunde, Gutachten etc. von Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin, an die oben genannten Rechtsanwälte herausgegeben werden.

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Ort / Datum

Unterschrift