

**SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGS-**

**ERKLÄRUNG**

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 Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, daß die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich dem von mir beauftragten Rechtsanwalt, nämlich

Herrn Siegfried Spatzl

Rechtsanwalt und  
Fachanwalt für Verkehrsrecht

Winfriedstraße 11/EG  
80639 München  
TELEFON 089/242575-30 \* TELEFAX 089/242575-50

zusenden.

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

.....

München, den .....

Unterschrift(en)