

## ERKLÄRUNG

Ich,

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des Vorfalls vom .....

.....

behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber

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

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie dem von mir beauftragten Rechtsanwalt,

**Herrn Rechtsanwalt Kolja Briel, Tibarg 40, 22459 Hamburg,  
Tel.: 040 - 58 95 57 91, Telefax: 040 - 58 95 57 93**

(eingeschrieben) zusenden.

....., den .....

(Ort)

(Datum)

.....

(Unterschrift)