

## ERKLÄRUNG

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlaß des am ..... erlittenen Unfalles bzw. einer hieraus möglicherweise resultierenden (auch teilweisen)Arbeits-/Berufsunfähigkeit behandelt oder untersucht haben bzw. mich behandeln oder untersuchen werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber:

- den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden und
- den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

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

**Rechtsanwälte in Bürogemeinschaft von der Loch & Ochsner  
Römerstraße 16 a, 80801 München**

zusenden.

Name : .....

Vorname : .....

Geburtsdatum : .....

Anschrift : .....

München, den .....

.....