

## Erklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am \_\_\_\_\_ erlittenen Vorfalls behandelt haben, bzw. behandeln werden von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

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

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

Sarah Rothkopf Rechtsanwaltskanzlei, August-Klotz-Straße 16c, 52349 Düren

zusenden.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift