

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name:

Geburtsdatum:

Geboren in:

Anschrift:

alle mich aufgrund des Vorfalles/Unfalles vom _____
behandelnden Ärzte von Ihrer Schweigepflicht gegenüber den beteiligten
Rechtsanwälten, Gerichten und/oder Strafverfolgungsbehörden und
Versicherungsgesellschaften unter der Bedingung, daß von allen ärztlichen Berichten
eine Kopie den von mir beauftragten

**Rechtsanwälten
Axel Goebel und Michael Hirsch
Poppenbüttler Hauptstr. 13
22399 Hamburg**

übermittelt wird.

Hamburg, den

Unterschrift