

## Erklärung

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

1. den beteiligten Versicherungsgesellschaften
2. den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
3. den beteiligten Rechtsanwälten / Rechtsanwältinnen

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

Dr. Klaus Friedrich, Kaiser-Wilhelm-Str. 89, 20355 Hamburg, Tel: 4908834 FAX: 23518475

(eingeschrieben) zusenden.

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

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

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

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

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_