

# ERKLÄRUNG

Hiermit entbinde ich,

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

alle Ärzte die mich im Zusammenhang mit dem Unfall

vom .....

behandelt und untersucht haben von der ärztlichen  
Schweigepflicht und zwar gegenüber

Herrn Rechtsanwalt  
Alexander Friedhoff  
Kurfürstendamm 134  
10711 Berlin.

Datum      Unterschrift