



CHRISTIAN STRAUB
ANWALTSKANZLEI

Schweigepflichtsentbindungserklärung

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

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
- c) den beteiligten Rechtsanwälten,

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

Anwaltskanzlei Christian Straub,
Kaiserplatz 1, 90763 Fürth,

zusenden.

Name:

Vorname:

Geb. Datum:

Strasse:

PLZ / Wohnort:

Fürth, den _____

(Unterschrift)