

ERKLÄRUNG

hiermit erkläre ich,

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

dass ich alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall

vom:

in:

behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Regulierung befassten Versicherungen, der Kanzlei

WIENEN | PFEIFFER | HARTL

Maudacher Str. 162, 67065 Ludwigshafen

und im Streitfall den zuständigen Gerichten, entbinde.

Ludwigshafen, den _____ Unterschrift _____