

ENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Ich entbinde hiermit folgende Ärzte,

1. 4.
2. 5.
3. 6.

soweit sie mich aus Anlass des am erlittenen Unfalls/Vorfalles
behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweige-
pflicht gegenüber

1. den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
2. den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden und
3. den beteiligten Rechtsanwälten

unter der Bedingung, dass die von mir beauftragten

Rechtsanwälte
Dr. Dieter Baur & Dr. Jochen Baur
Hohenheimer Straße 7
70184 Stuttgart

gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Auskünfte und
Stellungnahmen erhalten.

Name: Vorname:

Geb. am :

Anschrift:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift