

**Erklärung zur Entbindung von der  
ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit werden alle Ärzte, die mich aus Anlaß des am\*

erlittenen Unfalles behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den beteiligten

Versicherungsgesellschaften  
Gerichten und Strafverfolgungsbehörden  
meinem Rechtsanwalt

unter der Bedingung entbunden, daß die von mir beauftragte\*

Rechtsanwaltskanzlei  
Popadiuk Schnell & Große  
Riemannstraße 35  
04107 Leizig

gleichzeitig und unaufgefordert eine Durchschrift der erteilten Atteste und Auskünfte erhält.

Name\*  
Vorname\*  
geb.am\*  
Anschrift\*

\_\_\_\_\_  
Ort u. Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
\* Bitte ausfüllen. Unzutreffendes streichen.