

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, den Rechtsanwälten

Theysohn & Wienen, Maudacher Straße 162, 67065 Ludwigshafen

und im Streitfall den zuständigen Gerichten, entbinde.

Ludwigshafen, den _____

Unterschrift: _____