

Erklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich aus Anlass des am
erlittenen Unfalls behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen
Schweigepflicht, und zwar gegenüber meinem Rechtsanwalt Johannes **Linsig**,
Brienner Str. 50, 80333 München.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

(Unterschrift)