

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, Buxacher Straße 5, 87700 Memmingen.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

(Unterschrift)