

## Erklärung

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, die mich wegen dem Ereignis vom \_\_\_\_\_  
behandelt haben bzw. behandeln werden von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar  
gegenüber

- a.) den beteiligten Versicherungsgesellschaften,
- b.) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden,
- c.) den beteiligten Rechtsanwälten/ Rechtsanwältinnen,

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen mündlich und  
schriftlich erteilen und davon jeweils zugleich eine Kopie den von mir beauftragten

**BTO Braeske, Thomas, Otto,  
Rechtsanwälte Partnerschaft mbB  
Körnerstraße 68, 04107 Leipzig  
Telefon: 0341/333956-0, Telefax: 0341/333956-20**

übersenden.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Ort/Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift