

Erklärung

Hiermit erkläre ich,

Name : _____

Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

dass ich alle Ärzte, namentlich den im folgenden benannten

die mich im Zusammenhang mit der unerlaubten Handlung vom _____
behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht
gegenüber den mit der Regulierung befassten Versicherungen, beteiligten Gerichten
und Strafverfolgungsbehörden, beteiligten Rechtsanwälten und den Rechtsanwälten
ACCEDIS, Helmke Müller Reh Franz, Austraße 83 in 35745 Herborn entbinde.

Herborn, den _____

(Unterschrift)