

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich,

\_\_\_\_\_ ,

Name, Geburtsdatum, Anschrift

dass ich alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall/Vorfall vom \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Regulierung befassten Versicherungen, den Rechtsanwälten d'Avoine Teubler Neu und im Streitfall den zuständigen Gerichten, entbinde.

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