

## Erklärung

Hiermit werden alle Ärzte, die mich .....,  
infolge des Verkehrsunfalles vom ..... behandeln bzw. behandelt haben, von ihrer  
ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Versicherungsgesellschaften, Rechtsanwälten,  
Gerichten und der Freien und Hansestadt Hamburg entbunden.

Rechtsanwaltskanzlei  
Steingrube  
Osterstraße 141  
20255 Hamburg

die ich mit meiner Interessenwahrnehmung beauftragt habe, bitte ich unaufgefordert eine  
Abschrift der erteilten Auskünfte zur Verfügung zu stellen.

Hamburg, den.....

.....  
Unterschrift