

## SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich,

(Vorname, Name) \_\_\_\_\_

dass ich alle Ärzte, die mich in Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall/Unfall vom (Datum) \_\_\_\_\_ behandelt haben bzw. noch behandeln werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Regulierung befassten Versicherungen und den

Rechtsanwälten      Thomas Rick  
                                 Christoph Rick  
                                 Melissa Alt

Stadtplatz 26  
86551 Aichach

entbinde.

Aichach, den (Datum) \_\_\_\_\_

(Unterschrift) \_\_\_\_\_