

ERKLÄRUNG

Dr. BALZER
KOLB
ARNOLD
Rechtsanwälte
Hersbruck



Ich entbinde hiermit alle Ärzte,
die mich aus Anlass des am _____ erlittenen Unfalls /
Ereignisses behandelt haben bzw. behandeln werden, von der ärztlichen
Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- **den beteiligten Versicherungsgesellschaften**
- **den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden**
- **den beteiligten Rechtsanwälten**

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

Dr. Balzer, Kolb & Arnold, Eichenhainstraße 2b, 91217 Hersbruck

zusenden.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)

Standort Hersbruck:

Eichenhainstraße 2b
91217 Hersbruck

Telefon: 09151 - 8 14 44-0
Telefax: 09151 - 8 14 44-2

hersbruck@balzer-kolb.de
www.balzer-kolb.de