

## ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich,

\_\_\_\_\_ (Vor- und Nachname),

\_\_\_\_\_ (volle Anschrift),

dass ich alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit dem Verkehrsunfall vom  
\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ behandelt haben bzw. noch behandeln  
werden, von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den mit der Regulierung befassten  
Versicherungen, der Frau Rechtsanwältin Jana Prokop, Salzachstraße 47, 14129 Berlin, und im  
Streitfall gegenüber den zuständigen Gerichten, entbinde.

\_\_\_\_\_ (Ort), den \_\_\_\_\_ (Datum)

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

**Rechtsanwaltskanzlei Prokop**

Salzachstraße 47

14129 Berlin