

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Rechtsanwalt **Falko Hübner**

**Zustellungen** werden **nur** an  
den Bevollmächtigten erbeten

Ich **entbinde** hiermit alle Ärzte die mich aus Anlass des am \_\_\_\_\_ erlittenen Unfalls  
behandelt haben oder noch behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- a) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- b) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- c) den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils  
zugleich eine Kopie dem von mir beauftragen Rechtsanwalt Falko Hübner, Marienplatz 2 in 83410 Laufen,  
Tel.: 08682 8094-40, Telefax: 08682 8094-41 bzw. E-Mail: [info@ra-huebner.de](mailto:info@ra-huebner.de) zusenden.

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

PLZ und Ort:

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Schweigepflichtentbindungserklärung

Rechtsanwalt **Falko Hübner**

**Zustellungen** werden **nur** an  
den Bevollmächtigten erbeten

Ich **entbinde** hiermit alle Ärzte die mich aus Anlass des am \_\_\_\_\_ erlittenen Unfalls  
behandelt haben oder noch behandeln werden, von der ärztlichen Schweigepflicht, und zwar gegenüber

- d) den beteiligten Versicherungsgesellschaften
- e) den beteiligten Gerichten und Strafverfolgungsbehörden
- f) den beteiligten Rechtsanwälten/Rechtsanwältinnen

unter der Bedingung, dass die Ärzte Auskünfte und Stellungnahmen schriftlich erteilen und davon jeweils  
zugleich eine Kopie dem von mir beauftragen Rechtsanwalt Falko Hübner, Marienplatz 2 in 83410 Laufen,  
Tel.: 08682 8094-40, Telefax: 08682 8094-41 bzw. E-Mail: [info@ra-huebner.de](mailto:info@ra-huebner.de) zusenden.

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

PLZ und Ort:

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift