

Riad Khalil Hassanain

Rechtsanwaltskanzlei

Erklärung **über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Frau/Herr _____

wohnhaft: _____, geb.: _____

Beruf: _____

entbinde hiermit alle Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, Gutachter, die mich in den letzten zehn Jahren untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mich betreffenden Krankenpapiere, z. B. Krankenblätter, Krankengeschichte, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten, sowie Akten von Behörden, Versicherungsträgern aller Art, in denen sich ärztliche Befunde und Beurteilungen über mich befinden könnten, sowie Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten oder Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin

**an die Rechtsanwaltskanzlei Khalil
Mariannenstr. 9-10
10999 Berlin**

herausgegeben werden und diese zur Verwertung in meiner Angelegenheit herangezogen werden.

Die Ermächtigung endet nach zehn Jahren. Die Schweigepflichtentbindungserklärung bezieht sich auch auf die Angehörigen von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern.

Ort / Datum

Unterschrift Vollmachtgeber/-in
