



## Antrag auf Einsichtnahme in die Behandlungsakte nach § 630g BGB

### Patient

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geb.Datum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_

### Antragsteller (falls abweichend)

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geb.Datum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_

Beziehungsstatus  
zum Patient

Ehepartner     Erbe     Angehöriger     Sonstiges: \_\_\_\_\_

Begründung der Anforderung:

\_\_\_\_\_

---

Behandlungszeitraum \_\_\_\_\_

Fachabteilung \_\_\_\_\_

Komplette Behandlungsakte

Bildgebung

Einzelne Dokumente \_\_\_\_\_

---

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag inklusive eines **Identitätsnachweis** (Personalausweis;  
Vollmacht; Urkunden; Schweigepflichtsentbindung;etc.) an folgende E-Mail Adresse:

[behandlungsunterlagen@westpfalz-klinikum.de](mailto:behandlungsunterlagen@westpfalz-klinikum.de)