

Bitte unterschrieben zurücksenden an:

Rechtsanwalt Plahr  
Karl-Halle-Str. 21  
58097 Hagen

## SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNGSERKLÄRUNG

| <b>Daten des Patienten</b> |                        |
|----------------------------|------------------------|
| Name, Vorname              | ▶ <input type="text"/> |
| Straße                     | ▶ <input type="text"/> |
| PLZ, Ort                   | ▶ <input type="text"/> |
| Geburtsdatum               | ▶ <input type="text"/> |

Hiermit entbinde ich freiwillig

| <b>folgenden Arzt / folgende Institution (z.B. Krankenhaus)</b> |                        |
|---|------------------------|
| Name, Vorname   | ▶ <input type="text"/> |
| Straße  | ▶ <input type="text"/> |
| PLZ, Ort  | ▶ <input type="text"/> |

sowie alle an den durch ihn / sie durchgeführten Heilbehandlungen beteiligten Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten und Behörden, von Ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber Rechtsanwalt Alexander Plahr, Karl-Halle-Str. 21, 58097 Hagen und seinen Mitarbeitern. Ich bevollmächtige Herrn Rechtsanwalt Plahr zur außergerichtlichen Geltendmachung meines Anspruchs auf Einsichtnahme in meine Patientenakten. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen Auskünfte erteilt werden.

|              |                        |
|--------------|------------------------|
| Ort          | ▶ <input type="text"/> |
| Datum        | ▶ <input type="text"/> |
| Unterschrift | ▶ _____                |