
Anforderung von Krankenunterlagen

Patient*in: _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Anschrift: _____

Telefon-Nr.: _____

Relevanter Behandlungszeitraum: _____

Behandelnde Klinik / Einrichtung: _____

Angeforderte Dokumente:

- Arztbrief / Entlassungsbericht ggf. Datum _____
- OP-Bericht ggf. Datum _____
- Bildgebende Dokumentation ggf. Datum _____
- Vollständige Patientenakte
- Andere Unterlagen: _____

Bitte fügen Sie zur Bestätigung Ihrer Identität eine Kopie/Foto Ihres Personalausweises bei.

Bitte schwärzen Sie bei der Kopie Ihres Personalausweises alle Angaben bis auf Namen, Anschrift, Geburtsdatum und Gültigkeitsdauer, um dem Grundsatz der Datenminimierung zu entsprechen.
Ihre Ausweiskopie wird direkt nach der Identitätsprüfung vernichtet und nicht dauerhaft gespeichert.

Sofern Sie im Auftrag des Patienten / der Patientin handeln, fügen Sie bitte eine Kopie Ihre Legitimation (Betreuungsvollmacht, Erbschein, Patientenverfügung o. ä.) bei.

Hinweis: Nach § 630g BGB hat der Patient / die Patientin das Recht auf Einsicht in seine / ihre Patientenakte. Die Herausgabe der Behandlungsunterlagen kann in Papierform oder auf DVD gegen Kostenerstattung erfolgen.

Das UKM MHS berechnet pro DIN A4-Seite 0,50 € und pro Datenträger 10,- €, zzgl. Versandkosten.

Ich bitte um Übersendung meiner angeforderten Behandlungsunterlagen an die o. a. Adresse

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass die anfallenden Kosten von mir übernommen werden.

Ort, Datum Unterschrift (Patient*in/ gesetzliche*r Betreuer*in/ Bevollmächtigte*r)