Antrag auf Kopie meiner Patientenakte

Absender

Name und Vorname

Vollständige Anschrift

Telefon

E-Mail-Adresse

Geburtsdatum der Patientin bzw. des Patienten

Akten- oder Patientennummer

Empfänger

Name des Empfängers oder der Stelle

Anschrift des Empfängers

Betroffene Abteilung oder Ärztin bzw. Arzt

Ort

Datum

Betreff: Antrag auf Kopie meiner Patientenakte

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte Sie, mir eine Kopie der in Ihrer Einrichtung geführten Patientenakte nach den folgenden Angaben zu übersenden. Eine Kopie meines Ausweises füge ich bei, damit Sie meinen Antrag prüfen können.

Zeitraum und Anlass

Betroffener Zeitraum: vom

bis zum

Anlass des Antrags

Angeforderte Unterlagen

- [ ] Berichte zu Sprechstunden, Krankenhausaufenthalten oder Eingriffen
- [ ] Bildgebung und zugehörige Befunde
- [ ] Laborergebnisse
- [ ] Verordnungen und verschriebene Behandlungen

Gewünschte Übermittlung

- [ ] Zusendung per Post an meine Adresse
- [ ] Abholung vor Ort gegen Vorlage meines Ausweises
- [ ] Übermittlung auf einem gesicherten elektronischen Weg
- [ ] Kopie meines Ausweises liegt bei

Antwort erbeten bis zum

Bitte teilen Sie mir vor der Bearbeitung etwaige Kopier- oder Versandkosten sowie weitere erforderliche Schritte mit. Die angeforderten Daten sind personenbezogen: Bitte übermitteln Sie sie auf sicherem Weg.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen

Versandart

- [ ] Einschreiben mit Rückschein (oder gleichwertig)
- [ ] Persönliche Übergabe gegen Empfangsbestätigung
- [ ] Andere Versandart

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben