



Anfrage von Behandlungsunterlagen:

Patientendaten

Name*: Vorname*:
Geburtsname: Geburtsdatum*:
Straße: Tel.Nr.:
PLZ, Ort: *Pflichtangaben

Angehöriger / Betreuer / Vertreter

Name*: Vorname*:
Geburtsname: Geburtsdatum*:
Straße: Tel.Nr.:
PLZ, Ort: *Pflichtangaben

Behandelnde Einrichtung

Name der Klinik/Einrichtung:
Name der Station/Ambulanz:
ambulant: stationär:
Behandlungszeitraum:

Folgende Kopien der Behandlungsunterlagen werden benötigt

Arztbrief*: ☐ Operationsbericht*: ☐ Geburtsbericht* ^a: ☐

*Grund der Anforderung ^a:

Sonstiges (z.B. Behandlungszeitraum): *Pflichtangaben

Übergabe der Behandlungsunterlagen per

E-Mail & Link*: USB-Stick: ☐
E-Mail-Adresse*: *Pflichtangaben

Datum, Ort*

Unterschrift Patient/Vertreter*

^a **bitte beachten Sie, dass bei Anforderung des Geburtsberichtes für das Kind, eine gesonderte Schweigepflichtsentbindung des Kindes ab dem Erreichen des 16.Lebensjahr erforderlich ist!**