

---

## Anforderung von Krankenunterlagen

Patient\*in: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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.**

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 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)

