

Anforderung von Krankenunterlagen

Nach § 630g BGB hat der Patient / die Patientin das Recht auf Einsicht in seine / ihre Patientenakte.
Die Erstkopie erhalten Sie **kostenlos**, weitere Kopien werden nach Artikel 15 (Abs. 3) S.2 DS-GVO berechnet.

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

Anschrift: _____

Telefon-Nr. _____

E-Mail-Adresse: _____

Relevanter Behandlungszeitraum: _____

Die Aufbewahrungsfrist von Krankenakten (§ 630 f Abs. 3 BGB) sowie von Röntgenbildern beträgt **10 Jahre** (§ 28 Abs.3 S. 2 RöV), soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

Behandelnde Klinik / Einrichtung: _____

Angeforderte Dokumente:

- ☐ Arztbrief / Entlassungsbericht ggf. Datum _____
- ☐ OP-Bericht ggf. Datum _____
- ☐ Radiologische Befunde (MRT, CT, Rö, etc.) ggf. Datum _____
- ☐ Sonstiges (z.B. Geburtsprotokoll, Laborbefunde, etc.) _____
- ☐ Vollständige Patientenakte (Die Akte erhalten Sie derzeit **nur im DVD-Format** und die Bearbeitungszeitraum beträgt **4 bis 6 Wochen!**)

Bitte fügen Sie zur Bestätigung Ihrer Identität ein Foto / eine Kopie Ihres Personalausweises bei (Vorder- und Rückseite!).

Bitte schwärzen Sie bei dem Foto 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 ein Foto / eine Kopie Ihre Legitimation (Betreuungsvollmacht, Erbschein, Patientenverfügung, Schweigepflichtentbindungserklärung o. ä.) bei.

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

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

