

An die

Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Spezialambulanzen
Grillparzerstraße 9
84036 Landshut

Anforderung von Behandlungsunterlagen

Ich,

Name, Vorname _____

Geburtsname falls abweichend _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer für Rückfragen _____

benötige folgende Unterlagen:

gesamte Patientenakte

sonstige Unterlagen: _____

von der ambulanten Behandlung meines Sohnes / meiner Tochter :

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

im Zeitraum von _____ bis _____ (entfällt bei gesamter Patientenakte)

Mir ist bewusst, dass die Bearbeitung der Anforderung, je nach Umfang, mehrere Werktage in Anspruch nehmen kann.

Ich bin damit einverstanden, die Kosten für anfallende Kopierarbeiten oder das Überlassen eines Datenträgers und das Porto zu übernehmen (die ersten 50 Seiten jeweils 0,50 €, jede weitere Seite jeweils 0,15 €; Datenträger pauschal 5,00 €, Porto je nach Gewicht und Gebühren für Einschreiben als Einwurf).

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis: Aufgrund der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen werden Behandlungsunterlagen in der Regel für 10 Jahre aufbewahrt und danach vernichtet. Längere Aufbewahrung nur bei speziellen Unterlagen, wie z.B. Röntgenbildern.