

An die

Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH  
Stationäre Patientenverwaltung  
Grillparzerstraße 9  
84036 Landshut

### Anforderung von Behandlungsunterlagen

Ich,

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname falls abweichend \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer für Rückfragen \_\_\_\_\_

benötige folgende Unterlagen:

- stationärer Entlassbrief
- gesamte stationäre Krankenakte\*
- sonstige Unterlagen:

vom stationären Aufenthalt meines Sohnes / meiner Tochter :

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (entfällt bei gesamter Krankenakte)

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 zu übernehmen (die ersten 50 Seiten jeweils 0,50 €, jede weitere Seite jeweils 0,15 €).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift