

Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9
84036 Landshut

**Anforderung von Behandlungsunterlagen (ambulant od. stationär)
für Sorgeberechtigte**

Ich,

Name, Vorname _____

Geburtsname falls abweichend _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer für Rückfragen _____

Ich bin vollumfänglich sorgeberechtigt. Ich bin Vormund.

Ich habe das Sorgerecht mit folgender Einschränkung _____

benötige folgende Unterlagen vom stationären ambulanten Aufenthalt

gesamte Patientenakte letzter Befundbericht stationärer Entlassbrief

sonstige Unterlagen _____

von der Behandlung 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 Werkzeuge 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 €).

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Korrektheit der Angaben.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Anschrift:
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut
Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852-0
Fax: 0871 21230

www.kinderkrankenhaus-landshut.de
kinderkrankenhaus@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Bernhard Brand

Aufsichtsratsvorsitzende:
Schw. M. Christine Mirlach
Kongregation der Solanusschwwestern

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000