

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:**

**Bereich:**

☐ stationärer Aufenthalt

☐ Notfallaufnahme

☐ Spezialambulanzen

☐ SPZ

**Umfang:**

☐ 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)

Die Bearbeitung der Anforderung kann, je nach Umfang, mehrere Werktage in Anspruch nehmen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner 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:**  
Heiner Kelbel

**Aufsichtsratsvorsitzender:**  
Landrat Peter Dreier

**Sitz der Gesellschaft:**  
Landshut, HRB 9742

**Steuer-Nummer:**  
132/147/01000