

Anschrift der Arztpraxis / Klinik

Betrifft meine Patientenakte

Name / Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Meine aktuellen Kontaktdaten sind

Straße / Hausnummer : _____

Postleitzahl / Wohnort : _____

Telefonnummer : _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich möchte bitte meine Patientenakte in den Räumen Ihrer Praxis / Klinik einsehen.
Bitte ermöglichen Sie mir das spätestens zu folgendem Datum _____.¹
Für eine Terminvereinbarung erreichen Sie mich unter der angegebenen Telefonnummer.

Ich möchte bitte eine vollständige Kopie meiner Patientenakte.
Ich brauche die Kopie spätestens am _____.²

Bitte teilen Sie mir mit, wann ich die Kopie abholen kann.

Bitte übersenden Sie die Kopie an meine oben genannte Anschrift.
Es ist mir nicht möglich, die Kopie abzuholen.

Ich weise höflich darauf hin, dass ich ein Recht habe, meine Patientenakte einzusehen und mir eine vollständige Kopie aushändigen zu lassen.³

Mit freundlichen Grüßen

Datum / Unterschrift

¹ angemessen ist eine Frist von 5 Tagen

² angemessen ist eine Frist von 4 Wochen

³ § 630 g Bürgerliches Gesetzbuch (BGB); Artikel 15 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)