

Anforderung der Patientenakte für eine andere Person

Anschrift der Arztpraxis / Klinik

Betrifft die Patientenakte der/des nachfolgend benannten Patientin/Patienten

Name / Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

verstorben am¹ : _____

Meine aktuellen Kontaktdaten sind²

Name / Vorname : _____

Straße / Hausnummer : _____

Postleitzahl / Wohnort : _____

Telefonnummer : _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

- Ich bin der sorgeberechtigte Elternteil des Patienten / der Patientin.
- Ich bin der / die Bevollmächtigte des Patienten / der Patientin.
- Ich bin der Betreuer / die Betreuerin des Patienten / der Patientin.
- Ich bin der Erbe / die Erbin der Patientin / des Patienten.
- Ich bin ein Angehöriger / eine Angehörige der / des Verstorbenen.

¹ Die Angabe ist erforderlich, wenn es sich um die Patientenakte einer verstorbenen Person handelt.

² Hier müssen Sie Ihre Kontaktdaten angeben.

Ich möchte bitte

die Patientenakte in den Räumen Ihrer Praxis / Klinik einsehen.
Bitte ermöglichen Sie mir das spätestens zu folgendem Datum _____.³
Für eine Terminvereinbarung erreichen Sie mich unter der angegebenen Telefonnummer.

eine vollständige Kopie der Patientenakte.
Ich brauche die Kopie spätestens am _____.⁴

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.

Folgende Dokumente füge ich in Kopie bei:

Vollmacht

Betreuerausweis

sonstige Dokumente: _____

Ich weise höflich darauf hin, dass ich ein Recht⁵ habe, die Patientenakte einzusehen und mir eine vollständige Kopie aushändigen zu lassen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum / Unterschrift

³ angemessen ist eine Frist von 5 Tagen

⁴ angemessen ist eine Frist von 4 Wochen

⁵ gesetzliche Grundlagen: § 630 g Bürgerliches Gesetzbuch (BGB); Artikel 15 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)