

An das Krankenhaus/die Arztpraxis:

Absender:

Datum: _____

Einsicht in die Behandlungsunterlagen

für _____

geb. _____

Guten Tag,

_____ war

vom ____ | ____ | _____ bis zum ____ | ____ | _____

bei Ihnen in Behandlung. **Senden Sie mir**

- die vollständige Patienten-/Pflegeakte,
- die Bildgebung im Original oder auf CD-Rom und
- die anliegende Vollständigkeitserklärung

bitte innerhalb von 2 Wochen an die oben angegebene Adresse, vielen Dank. Die anfallenden Kosten werde ich erstatten. **Wichtig:** Das Recht auf Einsichtnahme in die eigenen Patientenunterlagen ergibt sich aus § 630 g Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Sollten Sie meinem Wunsch nicht nachkommen, müssen Sie dies begründen. Nach Ablauf der Frist werde ich einen Anwalt beauftragen.

Freundliche Grüße

Unterschrift

Anlage: Vollständigkeitserklärung (bitte zusammen mit der Dokumentation zusenden)

Erklärung über die Vollständigkeit der Behandlungsunterlagen

Hiermit wird bestätigt, dass die am | |
 Tag Monat Jahr

ausgehändigten Patientenunterlagen für

Nachname, Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

über die Behandlung vom | | bis zum | |
 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

vollständig sind.

Datum, Unterschrift, Stempel