**Absender:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| **Geboren am: in:** |

**An:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum:** |  |

**Einsicht in Behandlungsunterlagen/ Anforderung von Kopien meiner Patientenunterlagen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Vergangenheit war ich bei Ihnen bzw. in Ihrer Praxis in Behandlung. Mit diesem Schreiben bitte ich Sie, mir die vollständigen und richtigen Behandlungsunterlagen/ Patienten- bzw. Krankenakte zu meiner Person in lesbaren Kopien zu überlassen. Bitte senden Sie mir ebenfalls Abschriften aller Befund-/ Entlassungs- und Behandlungsberichte von Kollegen und Krankenhäusern, welche sich in Ihren Unterlagen befinden.

Sollte ich bei Ihnen IGeL-Leistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen) in Anspruch genommen haben, bitte ich ebenfalls um die Übersendung der dementsprechenden Unterlagen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zeitraum: |  | bis |  |

Ich weise Sie höflich darauf hin, dass mir diese Unterlagen nach §10 Abs. 2 der Berufsordnung für Ärzte zustehen.   
  
Die u. U. entstandenen Kosten für die Kopien und Porto übernehme ich. Sollten Kopierkosten von mehr als 0,50 € pro Blatt entstehen, bitte ich Sie mir die Originale leihweise zu überlassen.

Für die Zusendung der Unterlagen habe ich mir eine Frist von 14 Tagen ab Datum dieses Schreibens notiert. Zudem bitte ich Sie, mir die Kopien mit einer Erklärung über deren Vollständigkeit und Richtigkeit (s. nächste Seite) zu übersenden.

Ich danke Ihnen bereits im Voraus für Ihre Bemühungen.

Mit freundlichen Grüßen

**An:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Erklärung über die Vollständigkeit und Richtigkeit der Behandlungsunterlagen/ Patientenakte**

Hiermit wird bestätigt, dass die kopierten Behandlungsunterlagen/Patientenakte

(Krankenakte), insgesamt \_\_\_\_\_\_\_ **Seiten**,

des Patienten/ der Patientin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(heutiges Datum)** vollständig und richtig sind.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name/ Unterschrift |  |

Bitte diese Erklärung vollständig ausgefüllt und unterschrieben mit den Abschriften der Behandlungsunterlagen/Patientenakte innerhalb von 14 Tagen zurückschicken.

Vielen Dank.