

**An das Krankenhaus/die Arztpraxis**

---

---

---

---

**Absender**

---

---

---

Datum \_\_\_\_\_

**Einsicht in die Behandlungsunterlagen  
für \_\_\_\_\_  
geb. \_\_\_\_\_**

Guten Tag,

\_\_\_\_\_ war vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_  
bei Ihnen in Behandlung. Die Aufnahme­nummer lautet \_\_\_\_\_ (falls vorhanden).

Bitte senden Sie mir

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

innerhalb von 3 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 dennoch meinem Wunsch nicht nachkommen, müssen Sie dies begründen.

Freundliche Grüße

Unterschrift

Anlage

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

\_\_\_\_\_  
Geschäftszeichen

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
**Erklärung über die Vollständigkeit der Behandlungsunterlagen**

Guten Tag,

wir bestätigen, dass die ausgehändigten Patientenunterlagen für

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

\_\_\_\_\_  
Aufnahme-Nummer (wenn vorhanden)

vollständig sind.

Die Behandlung erfolgte vom \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

bis zum \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Freundliche Grüße

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel