**Anforderung Behandlungsunterlagen**

**Hinweis:**

*Die Landesärztekammer Brandenburg bewahrt keine Patientenakten auf. Eine Herausgabe der Patientenakte ist seitens der Landesärztekammer Brandenburg nicht möglich. Es erfolgt lediglich die Übermittlung Ihrer Anfrage an die jeweilige Ärztin/ den jeweiligen Arzt (bzw. den Bevollmächtigten).*

Hiermit bitte ich,

Frau/ Herr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

wohnhaft \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Telefonnummer, E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*als Sorgeberechtigte(r) meines Kindes* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

um Herausgabe der Behandlungsunterlagen meines Kindes aus der (ehemaligen) Praxis der Frau/ des Herrn

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

vollständige Benennung der Ärztin / des Arztes unter Angabe der (ehemaligen) Praxisanschrift

Folgende Unterlagen / Befunde werden benötigt:

(Angabe optional)

Angabe des Behandlungszeitraums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bitte um Übersendung der Behandlungsunterlagen:

(Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen)

󠄈 an mich

󠄈 an die Praxis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 vollständige Benennung der Ärztin / des Arztes

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 aktuelle Praxisanschrift

…………………………, den……………………… ……….……………….………………..

Ort, Datum handschriftliche Unterschrift