

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 die 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 meiner Behandlungsunterlagen:

(Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen)

an mich

an die Praxis _____

vollständige Benennung der Ärztin/des Arztes

aktuelle Praxisanschrift

....., den
Ort, Datum

.....
handschriftliche Unterschrift