



## Anforderung von Krankenunterlagen (durch Patienten)

gemäß § 630g BGB „Einsichtnahme in die Patientenakte“ durch Patient\*innen oder bevollmächtigte Vertreter\*innen

### Persönliche Daten:

Patient\*in: \_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße & Hausnummer PLZ Ort

Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_  
Telefon (mobil) E-Mail

Relevanter Behandlungszeitraum: \_\_\_\_\_

Behandelnde Klinik/ Einrichtung: \_\_\_\_\_

### Angeforderte Dokumente:

Arztbrief/ Entlassungsbericht ggf. Datum: \_\_\_\_\_

OP-Bericht ggf. Datum: \_\_\_\_\_

Bildgebende Dokumentation ggf. Datum: \_\_\_\_\_

Vollständige Patientenakte

Andere Unterlagen: \_\_\_\_\_

Bitte fügen Sie zur Bestätigung Ihrer Identität eine Kopie/Foto Ihres Personalausweises (siehe 2. Seite dieses Formulars) bei. Bitte schwärzen Sie bei der Kopie Ihres Personalausweises alle Angaben bis auf Namen, Anschrift, Geburtsdatum und Gültigkeitsdauer, um dem Grundsatz der Datenminimierung zu entsprechen. Ihre Ausweiskopie wird direkt nach der Identitätsprüfung vernichtet und nicht dauerhaft gespeichert.

Ich bin damit einverstanden, dass mir die Unterlagen verschlüsselt per E-Mail zugesendet werden.

Sofern Sie im Auftrag des Patienten/ der Patientin handeln, fügen Sie bitte eine Kopie Ihre Legitimation (Betreuungs- oder Vertretungsvollmacht, Erbschein, Patientenverfügung o. ä.) bei.

Hinweis: Nach § 630g BGB hat der Patient/ die Patientin das Recht auf Einsicht in seine/ ihre Patientenakte. Die Herausgabe der Behandlungsunterlagen kann in Papierform oder digital auf CD erfolgen.

Die Erstkopie der Patientenakte kann unentgeltlich angefordert werden. Sollten weitere Kopien benötigt werden behält sich das Bundeswehrkrankenhaus Westerstede vor ein angemessenes Entgelt in Höhe der Verwaltungskosten zu verlangen.

Ich bitte um Übersendung meiner angeforderten Behandlungsunterlagen an die o. a. Adresse.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass die ggf. anfallenden Kosten von mir übernommen werden.

Ort Datum Unterschrift (Patient\*in/ gesetzliche\*r Betreuer\*in/ Bevollmächtigte\*r)



**Personalausweis:**

Vorderseite

Rückseite