

Vorname/Name.....

Adresse

PLZ/Ort

Ort und Datum

Adresse der Ärztin/des Arztes

.....

.....

Gesuch um Auskunft über den Inhalt meiner Krankengeschichte

Sehr geehrter Herr Dr.

Sehr geehrte Frau Dr. (*nicht Zutreffendes streichen*)

Ich mache hiermit von meinem Auskunftsrecht nach Artikel 60 des Gesundheitsgesetzes vom 16. November 1999 (GesG) sowie nach den Artikeln 23ff. des Gesetzes vom 25. November 1994 über den Datenschutz (DSchG) Gebrauch und bitte Sie, innerhalb von 30 Tagen (*Zutreffendes ankreuzen*):

- das Original meiner Krankengeschichte an mich zu senden,
- eine Kopie meiner Krankengeschichte an mich zu senden,
- meine Krankengeschichte an folgende Gesundheitsfachperson zu senden:

Vorname/Name

Adresse

.....

Bitte bestätigen Sie mir die Vollständigkeit und Richtigkeit der mir zugestellten Unterlagen.

Vielen Dank und freundliche Grüsse

Unterschrift

Beilage: Kopie eines Identitätsausweises