

Information/Anforderung Patientenunterlagen

Sehr geehrte (r) Patient/in,

wir beziehen uns auf ihre Anfrage zur Bereitstellung der von uns gespeicherten Patientendaten. Aufgrund der unterschiedlichen Anforderungen bitten wir Sie höflich, uns den Verwendungszweck mitzuteilen, damit wir die Übergabe der Daten bestmöglich für Sie vorbereiten können:

- Ich bitte um Übersendung von ausschließlich medizinisch relevanten Daten (Befunde, OP-Berichte), die zum Beispiel für die Weiterbehandlung an anderer Stelle oder für den persönlichen Bedarf erforderlich sind. Mir ist bekannt, dass hier keine vertragstechnischen Daten enthalten sind.
- Ich bitte um Übersendung von medizinisch relevanten und vertragsrechtlichen Daten, die zum Beispiel zur Überprüfung des Behandlungsverlaufs geeignet sind. (vollständige Akte)

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass ihre Behandlung unter Umständen im Rahmen des Praxisverbundes KOPFZENTRUM erfolgte. Somit bezieht sich ihre Aufforderung zur Bereitstellung der von uns gespeicherten Patientendaten auf alle Betriebe und Praxen des Praxisverbundes KOPFZENTRUM.

Damit wir Ihnen die Daten zur Verfügung stellen können, teilen Sie uns bitte ihre aktuelle Postanschrift mit:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Adresszusatz

E-Mail-Adresse

PLZ, Ort

Ich bestätige, dass ich mit den oben genannten Bedingungen einverstanden bin.

Datum / Unterschrift des Patienten