



## ANTRAG AUF EINSICHT IN MEINE PATIENTINNENAKTE

### Antragstellerin:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Empfängerin:

Elke Kreppold – Frauenärztin

Marktstr. 75, 83646 Bad Tölz

[praxis@frauenheilkunde-kreppold.de](mailto:praxis@frauenheilkunde-kreppold.de)

### Betreff: Anforderung meiner medizinischen Unterlagen / Patientenakte

Hiermit beantrage ich gemäß §630g Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) und Art. 15 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Einsicht in und/oder Kopien meiner medizinischen Unterlagen.

### Ich wähle folgende Variante:

- Persönliche Einsicht:** Ich möchte meine Unterlagen am Dienstag zwischen 14:00 – 17:00 in der Praxis einsehen.
- Kopien per Post:** Ich wünsche die Kopie und den Versand meiner Unterlagen per Post. (frankierter Rückumschlag DIN A4 wird bereitgestellt)

Sollten Sie nur einzelne Befunde benötigen, tragen Sie diese bitte hier ein:

---

---

**Nur für Einzelbefunde:** Falls wir in Ihrem Auftrag Befunde per Fax an Ihren neuen Arzt/Ihre neue Ärztin versenden sollen, geben Sie bitte folgende Daten an:

Name des Arztes/der Ärztin: \_\_\_\_\_

Praxis/Klinik: \_\_\_\_\_

Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

### DATENSCHUTZ-HINWEIS:

Ihre Angaben werden ausschließlich zur Bearbeitung Ihres Antrags verwendet. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in unserer Datenschutzerklärung.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragstellerin: \_\_\_\_\_