

Anforderung von Behandlungsunterlagen für Patienten, Angehörige und Betreuer

Antragssteller

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Anschrift: _____
Straße, Hausnummer PLZ Ort

Telefon/E-Mail: _____
(für eventuelle Rückfragen unbedingt angeben)

☐ Ich möchte eine Kopie meiner eigenen Behandlungsunterlagen anfordern.
(Bitte die Kopie eines Legitimationsausweises beifügen!)

☐ Ich möchte eine Kopie der Behandlungsunterlagen von meiner/meinem
_____ anfordern:
Familiengrad/Betreutenverhältnis

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

(Bitte entsprechenden Legitimationsnachweis wie Erbschein, Betreuerausweis,
Geburtsurkunde, etc. beifügen!)

Grund der Anforderung:

(Geltendmachung von Ansprüchen, Familiäre Erkrankungen, Beweiserhebung in Verfahren, etc.)

Gewünschte Unterlagen

☐ komplette Behandlungsunterlagen

☐ Teile der Behandlungsunterlagen (Zeitraum, Epikrise, OP-Berichte, etc.)

Art der Bereitstellung

☐ auf CD ☐ Einsichtnahme ☐ in Papierform ☐ Abholung

Kosten

Art. 15 DS-GVO/ § 630g Abs. 1 BGB gewährt dem*der betroffenen Patient*in das Recht auf Auskunft sowie auf Herausgabe einer kostenlosen Erstkopie der Behandlungsunterlagen.

Sollten die entsprechenden Behandlungsunterlagen schon einmal angefordert worden sein oder Ihre Anforderung nicht in den Anwendungsbereich von Art. 15 DS-GVO fallen (z.B. bei Anforderung durch Erben), werden für die Bereitstellung der Kopie der Behandlungsunterlagen folgende Kosten berechnet:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ▪ Pro Seite der Unterlagen | 0,50€, ab der 51. Seite 0,15€ |
| ▪ Pro CD | 5€ |
| ▪ Pro CD zur bildgebenden Diagnostik | 5€ |
| ▪ Porto | Je nach Größe, Gewicht und Versandart der Behandlungsunterlagen |
| ▪ Zzgl. Mehrwertsteuer | 19% MwSt. |

☐ Eine Kostenübernahme sichere ich verbindlich zu.

Legitimationsnachweis

Wir bitten Sie, das Formular vollständig auszufüllen und entsprechende Legitimationsnachweise (Personalausweis, Betreuerausweis, Erbschein, Vollmacht, etc.) in Kopie beizufügen, um eine sachgemäße Bearbeitung unsererseits zu ermöglichen.

Legitimationsnachweis(e): _____

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte weiterleiten an:

Universitätsmedizin Greifswald
Geschäftsbereich Patientenservice und Logistik
Fleischmannstraße 8, 17489 Greifswald
anforderung-patientenakte@med.uni-greifswald.de