

Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH  
Grillparzerstraße 9  
84036 Landshut

### Anforderung von Behandlungsunterlagen (ehemalige Patienten)

Ich,

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname falls abweichend \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer für Rückfragen \_\_\_\_\_

**benötige folgende Unterlagen:**

**Bereich:**

Stationärer Aufenthalt     Notaufnahme     Spezialambulanzen     SPZ

**Umfang:**

gesamte Patientenakte     letzter Befundbericht     stationärer Entlassbrief

sonstige Unterlagen \_\_\_\_\_

Zeitraum der Behandlung: \_\_\_\_\_  
(entfällt bei gesamter Krankenakte)

Die Bearbeitung der Anforderung kann, je nach Umfang, mehrere Werktage in Anspruch nehmen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift