

Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9
84036 Landshut

**Anforderung von Behandlungsunterlagen (ambulant od. stationär)
für Sorgeberechtigte**

Ich,

Name, Vorname _____

Geburtsname falls abweichend _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer für Rückfragen _____

- Ich bin vollumfänglich sorgeberechtigt. Ich bin Vormund.
 Ich habe das Sorgerecht mit folgender Einschränkung _____

benötige folgende Unterlagen:

Bereich:

- stationärer Aufenthalt Notfallaufnahme Spezialambulanzen SPZ

Umfang:

- gesamte Patientenakte letzter Befundbericht stationärer Entlassbrief
 sonstige Unterlagen _____

von der Behandlung meines Sohnes / meiner Tochter :

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

im Zeitraum von _____ bis _____ (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 _____

Anschrift:
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut
Bankverbindung:
Liga Bank e.G., Regensburg
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78
BIC: GENODEF1M05

Kommunikation:
Zentrale: Tel.: 0871 852-0
Fax: 0871 21230

www.kinderkrankenhaus-landshut.de
kinderkrankenhaus@st-marien-la.de

Geschäftsführer:
Bernhard Brand

Aufsichtsratsvorsitzende:
Schw. M. Christine Mirlach
Kongregation der Solanuschwwestern

Sitz der Gesellschaft:
Landshut, HRB 9742

Steuer-Nummer:
132/147/01000