

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