



Universitätsklinikum Freiburg  
Patientenservice und Dokumentenmanagement  
Zentrale Stelle Externe Anfragen  
Hugstetter Straße 55

79106 Freiburg

## Anfrage nach Behandlungsunterlagen gemäß § 630g BGB "Einsichtnahme in die Patientenakte" durch Patient\*innen oder bevollmächtigte Vertreter\*innen

### Persönlichen Daten der Patientin/ des Patienten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### Die Behandlung erfolgte

ambulant  stationär

Behandlungszeitraum: \_\_\_\_\_

### Folgende Kopien der Behandlungsunterlagen werden benötigt

Arztbrief  Operationsbericht

\_\_\_\_\_

### Bestätigung und Unterschrift

Eine Kopie des Personalausweises des Anforderers (Vorder- und Rückseite) liegt bei. Bei bevollmächtigten Vertreter\*innen zusätzlich eine Kopie der Vollmacht bzw. eine Kopie des Betreuerausweises.

Eine Kostenübernahme sichere ich Ihnen hiermit verbindlich zu.

Das Klinikum berechnet für die ersten 50 Seiten 0,50 € je Kopie und für jede weitere Kopie 0,15 €. Eine CD mit Bildern wird mit 5 € berechnet. Hinzu kommt einmalig 2,40 € bzw. 5,00 € Versandkostenpauschale. Einzelne Kopien (kleiner 10 Seiten) werden i.d.R. nicht in Rechnung gestellt.

Schicken Sie die aufgeführten Behandlungsunterlagen bitte an folgende Adresse:  
(Nur erforderlich, wenn von o. g. Adresse abweichend)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in

Ich handle als Vertreter\*in  
mit Vertretungsmacht

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertreter\*in