

Herausgabegesuch über Personendaten – Anforderung Krankengeschichte (KG)

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Mobil	Tel
E-Mail	

Gestützt auf Art. 25 des Bundesgesetzes über den Datenschutz vom 25. September 2020 (DSG) bitte ich Sie, mir schriftlich innerhalb von 30 Tagen Auskunft über meine Daten zu erteilen.

- Mit meiner Unterschrift fordere ich eine Kopie meiner KG an. Sobald ich vom Doktorzentrum Mutschellen die Information erhalte, dass diese zur Abholung bereit ist, hole ich sie persönlich und durch Vorweisen eines Ausweises ab.
- **Nur möglich falls eine Abholung auf Grund eingeschränkter Mobilität nicht möglich ist und eine telefonische Anfrage erfolgt ist.**
Mit meiner Unterschrift fordere ich eine Kopie meiner Krankengeschichte an. Die Kopie soll bitte per Post oder verschlüsselter E-Mail an folgenden Kontakt (Patient oder weiterbehandelnde/r Arzt/in) gesendet werden:

Adresse und E-Mail des Empfängers

Da die Krankengeschichte somit nicht von mir persönlich gegen vorweisen eines Ausweises abgeholt wird, lege ich diesem Gesuch zur Identitätsprüfung eine Ausweiskopie bei.

Ich nehme zur Kenntnis, dass mein/e Arzt/in eine gesetzliche Aufbewahrungspflicht hat und im Besitz einer KG Kopie ist. Diese wird nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht fachgerecht vernichtet.

Ort, Datum

Unterschrift
