

## Patientenakten-Anforderung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer, Email: \_\_\_\_\_

### Erklärung – Übergabe Patientenunterlagen

Hiermit entbinde ich die Praxis Göttinger von der Aufbewahrungs- und Haftungspflicht und erkläre, dass ich die Informationen bezüglich datenschutzrechtlicher Belange gemäß Art. 13 DSGVO verstanden habe und akzeptiere.

**Unterschrift Patient / Bevollmächtigter:** \_\_\_\_\_

Für die Herausgabe der Unterlagen (Kopie) und den damit verbundenen Kosten (Verwaltung, Archivarbeit, Kopien, Material und Porto) überweisen Sie bitte vorab 15,00 EURO auf folgende Bankverbindung:

Sparkasse Altötting-Mühldorf, **IBAN:** DE82 7115 1020 0031 4462 97, **BIC:** BYLADEM1MDF  
Kontoinhaber: Marc Göttinger

**Das Formular bitte ausgefüllt an folgende Adresse schicken:**

Hausarztpraxis Göttinger  
Peter-Hans-Str. 10  
84494 Neumarkt-St. Veit

----- Abschnitt auszufüllen von der Praxis - nach Eingang des Formulars -----

- Zahlung eingegangen  
 Akte ist beigefügt

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sachbeauftragte/r