Absender:

Vorname/Name

Adresse

PLZ/Ort

###  Einschreiben

 Adresse des

 Arztes

 Ort und Datum

# **Auskunftsbegehren**

Wählen Sie ein Element aus.

Ich mache hiermit von meinem gesetzlichen Auskunftsrecht nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Datenschutz vom 19. Juni 1992 Gebrauch und bitte Sie um Zustellung eines Ausdrucks bzw. von Kopien meiner gesamten Krankengeschichte innerhalb von 30 Tagen. Die Vollständigkeit und Richtigkeit der mir zugestellten Unterlagen wollen Sie mir bitte bestätigen.

Zu meiner Legitimation lege ich die Kopie eines amtlichen Ausweises bei.

Für Ihre Bemühungen danke ich Ihnen bestens.

# Freundliche Grüsse

 Unterschrift ..........................................................................

Kopie meines Identitätsausweises