

## Auftrag zur Erstellung von Kopien aus der Patientenakte und Kostenübernahmeerklärung

Ich

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Strasse

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

beauftragte hiermit die Praxis Oststadt (die als Nachfolgepraxis der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis Dr. med. G. Wiedenmann-Calmbach und Dr. med. W. Calmbach deren Patientenakten im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht verwaltet), mir Kopien meiner Patientenakte anzufertigen.

Ich erkläre mich hiermit zur Übernahme der Kopierkosten (gemäß § 630 Abs. 2 S. 2 BGB) bereit. Diese betragen 0,50€ pro kopierter Seite (zuzüglich der Portokosten bei Postversand).

Der Betrag ist in der Praxis in bar oder mittels EC- Karte zu begleichen, oder per Vorkasse an die Sparkasse Karlsruhe, IBAN DE41 6605 0101 0108 2930 44 zu überweisen.

### Ich wünsche (Bitte ankreuzen):

1.  **Persönliche Abholung**

Die Kopien der Patientenakte werden gegen Vorlage des Personalausweises oder Reisepasses und nach Begleichung der Kopierkosten persönlich ausgehändigt.

2.  **Postversand**

Die Kopien der Patientenakte werden nach Begleichung der Kopier- und Portokosten per Post verschickt. (Eine Kopie des Personalausweises oder Reisepasses bitte dem Auftrag beilegen.)

Adressat:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Strasse, Nr.

3.  **Faxversand**

Die Kopien der Patientenakte werden nach Begleichung der Kopierkosten per Fax verschickt. (Eine Kopie des Personalausweises oder Reisepasses bitte dem Auftrag beilegen.)

Adressat:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Faxnummer

Anzahl der Seiten:
Kopierkosten (0,50€ pro Seite):
Portokosten:
<b>Summe:</b>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters