

**ANFORDERUNG
von Patientenunterlagen durch Patienten**



**Kinderwunschpraxis
IVF-SAAR
Saarbrücken-Kaiserslautern**

- Frauenärzte -
Zentrum für Gynäkologische
Endokrinologie & Fortpflanzungsmedizin

IVF-SAAR Saarbrücken-Kaiserslautern
Standort Kaiserslautern
Maxstraße 13

67659 **KAISERSLAUTERN**

....., den.....20.....

Frau
Adresse
IVF-SAAR ID-NR Frau
Herr
Adresse
IVF-SAAR ID-NR Mann

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich/wir bin/sind seit/waren von-bis bei Ihnen in ärztlicher
Behandlung.

Ich/wir bitte/n um Zusendung folgender Unterlagen aus meiner/unserer
Patientenakte im Laufe von 14 Tagen.

.....
.....
.....
.....

Ich erkläre hiermit verbindlich und bezeuge mit meiner/unserer Unterschrift,
dass ich/wir die oben genannte Person/en bin/sind.

Die Pauschalkosten in Höhe von 6,00 € entrichte/n ich/wir auf Rechnung im
Voraus..

.....
Frau

.....
Mann