



MVZ St. Nikolaus-Stiftshospital GmbH  
Datenschutz  
Ernestus-Platz 1  
56626 Andernach

MVZ St. Nikolaus-Stiftshospital GmbH  
Andernach  
Datenschutz  
Ernestus-Platz 1  
56626 Andernach  
Tel: 02632-404-0  
Fax: 02632-404-5272

**Anfragen nach Behandlungsunterlagen gemäß §630g BGB "Einsichtnahme in die Patientenakte" durch Patient\*innen oder bevollmächtigte Vertreter\*innen**

**Datenschutz-Anfragen (Auskunftsersuchen) gem. § 17 KDG ff./Art. 15 DSGVO ff. durch betroffenen Personen**

### Persönliche Daten

#### Ich bin:

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Patient*in     | <input type="checkbox"/> Erbe/Erbin  |
| <input type="checkbox"/> Bewohner*in    | <input type="checkbox"/> Betreuer*in |
| <input type="checkbox"/> Mitarbeiter*in | <input type="checkbox"/> Sonstiges   |
| <input type="checkbox"/> Angehörige*r   |                                      |

#### Legitimation durch

- Personalausweis vor Ort vorgelegt
- Erbschein
- Familienstammbuch
- Testament und Erbvertrag
- Familienstammbuch

#### Legitimation geprüft durch

**Name:** \_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_

#### Angaben Patient\*in

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

#### Für Patient\*innen: Behandlung erfolgte

- ambulant       stationär

Behandlungszeitraum: \_\_\_\_\_

**Angaben Antragssteller\*in (falls abweichendn)**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Folgende Kopien werden benötigt**

Patientenakte/Bewohnerakte/Mitarbeiterakte       Arztbrief       Operationsbericht

Sonstiges, bitte eintragen \_\_\_\_\_

**Falls Sie gemäß § 17 KDG ff./Art. 15 DSGVO ff. weitere Betroffenenrechte (Recht auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruchsrecht) in Anspruch nehmen möchten, dann senden Sie dieses Formular inkl. Ihres weiteren Anliegens bitte direkt per E-Mail an den Datenschutzbeauftragten [datenschutz@stiftshospital-andernach.de](mailto:datenschutz@stiftshospital-andernach.de)**

**Weiteres Anliegen**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betroffene Person/Patient\*innen

Ich handele als Vertreter\*in  
mit Vertretungsvollmacht

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertreter\*in