Absender:

Vorname Nachname

Adresse

PLZ Ort

 Einschreiben

 Adresse des Empfängers

 Arzt oder Institution

 ………………………………………………

 ………………………………………………

Ort und Datum

**Auskunftsbegehren Patientendaten**

Sehr geehrte Damen und Herren

Gestützt auf Art. 25 des Bundesgesetzes über den Datenschutz vom 25. September 2020 (DSG) bitte ich Sie, mir schriftlich und kostenlos innerhalb von 30 Tagen Auskunft über meine Daten zu erteilen.

Bitte senden Sie mir eine Kopie meiner gesamten Krankengeschichte zu und bestätigen Sie mir, dass die Auskünfte vollständig und korrekt sind. Als Beilage erhalten Sie eine Kopie meines amtlichen Ausweises zur Identifikation meiner Identität.

Falls Sie mir die Auskünfte nicht erteilen können, bitte ich Sie, nach Artikel 26 Absatz 4 DSG, Ihren Entscheid innerhalb der gleichen Frist zu begründen.

Ich danke Ihnen im Voraus für Ihr Entgegenkommen.

 Freundliche Grüsse

 Name und Unterschrift

* Kopie amtlicher Ausweis