

Gemeinschaftspraxis Rintheim und Oststadt

Falk Dillmann, Dr. med. Dieter Geiger, Dr. med. Hermann Goebel, Christian Hauf M.Sc.



Praxis Oststadt
Haid-und-Neu-Str. 32, 76131 Karlsruhe
Tel. 0721 / 69 73 75
Fax: 0721 / 69 11 79
www.praxis-oststadt.de
E-Mail: praxisoststadt@online.de
Rezept-Telefon: 0721 / 966 50 10
Rezept-E-Mail: ab.praxisoststadt@online.de



Praxis Rintheim
Mannheimerstr. 12, 76131 Karlsruhe
Tel. 0721 / 96 13 113
Fax: 0721 / 96 13 114
www.praxis-rintheim.de
E-Mail: praxiskarlsruhe@online.de
Rezept-Telefon: 0721 / 96 13 775
Rezept-E-Mail: ab.praxiskarlsruhe@online.de

Auftrag zur Erstellung von Kopien aus der Patientenakte und Kostenübernahmeerklärung

Ich

Name, Vorname

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Strasse

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

beauftragte hiermit die ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis Rintheim und 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:

Summe:

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Erstellt: *Christian Hauf*

am: 21.10.2019

Version: 21.10.19

Geprüft: *Christian Hauf*

am: 21.10.2019

gültig ab: 21.10.19

Freigegeben: *Christian Hauf*

am: 21.10.2019

aktualisiert: 21.10.19