

**Formular zur Anforderung von Patientendaten  
für Vor-, Mit- und Nachbehandler**

**Praxis**

---

---

---

**FAX-Nummer:** \_\_\_\_\_

**An**

**Wir bitten um Übersendung folgender Dokumente:**

---

Name Patient/in: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Ich bin Vor-, Mit-, bzw. Nachbehandler im Sinne von Art. 27 Abs. 5 Bayerisches Krankenhausgesetz. Ich versichere, dass das Einverständnis der Patientin/des Patienten vorliegt bzw.

ich bin vorbehandelnder Notarzt oder Verlegungsarzt. Die Daten sind zur Evaluation erforderlich im Sinn von Art. 47 Abs. 3 Bayerisches Rettungsdienstgesetz.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes