



**AUSFERTIGUNG ZUM VERBLEIB  
BEI DER KASSENÄRZTLICHEN  
VEREINIGUNG BERLIN**

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Klassisches Arztregister  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Fax: (030) 31003 – 311  
E-Mail: [arztregister@kvberlin.de](mailto:arztregister@kvberlin.de)

**Absender:**

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

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

## Anforderung von Patientenunterlagen

Meine  
Patientenunterlagen  
sind mir nicht  
zugänglich, weil

- Die Praxis ist (dauerhaft) geschlossen.  
 Der Praxisinhaber ist verstorben.  
 Sonstiges:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Daten des ehemaligen Arztes / Therapeuten:***

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

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung / Gebietsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift (Str., Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift (PLZ, Ort)

Um Zugang zu  
meinen  
Patientenunterlagen  
zu erhalten, bitte ich  
um

- Weiterleitung meiner Anfrage an die Privatanschrift bzw.  
Hinterbliebenen des o.g. Arztes / Therapeuten.  
 Um Mitteilung des Praxisnachfolgers. (sofern vorhanden)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## Anforderung von Patientenunterlagen

AUSFERTIGUNG ZUR  
WEITERLEITUNG AN DEN ARZT /  
THERAPEUTEN

### Daten des ehemaligen Arztes / Therapeuten:

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

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung / Gebietsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift (Str., Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift (PLZ, Ort)

Ich bitte Sie um  
Übersendung  
meiner  
Patientenunterlagen  
an

meine Privatanschrift:

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

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

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

meinen neuen behandelnden Arzt / Therapeuten:

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

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung / Gebietsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift (Straße, Hausnummer)

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift (PLZ, Ort)

Sonstige Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift