

## Auskunft über gespeicherte Daten

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte um schriftliche Auskunft über die Daten, die Sie zu meiner Person gespeichert haben (gem. §83 SGB X und Art. 15 DSGVO):

Name, Vorname

---

Telefon-Nummer (optional)

---

Straße, Hausnummer

---

Geburtsdatum

---

PLZ, Ort

---

Versichertennummer

---

Ich wünsche Auskunft über die folgenden Bereiche für die letzten \_\_ Jahre (\*):

- Auskunft gemäß DSGVO
- Ambulante ärztliche Versorgung  mit  ohne Diagnose
- Arbeitsunfähigkeitszeiten  mit  ohne Diagnose
- stationäre Krankenhausaufenthalte
- Pflegeleistungen, häusliche Krankenpflege
- Reha-Leistungen
- Versichertenzeiten

Anlass der Auskunft (z.B. Abschluss Berufsunfähigkeitsversicherung)

---

\*laut Urteil des Sozialgerichtes Düsseldorf vom 12.08.2009 (Az.: S 14 KA 316/06), kann auch ein über §305 SGB V hinausgehender Anspruch geltend gemacht werden, wenn dies nicht mit einem unverhältnismäßigem Aufwand für die Kassenärztliche Vereinigung verbunden ist. Soweit die begehrten Daten in der EDV der Kassenärztlichen Vereinigung vorhanden sind, liegt keine Unverhältnismäßigkeit vor.

Angaben zum persönlichen Status:

- Versicherte/r der Krankenkasse/PKV
- Beauftragte/r Bevollmächtigte/r (Vollmacht anbei)
- \_\_\_\_\_

Bitte schicken sie die Auskunft per Post:

- unmittelbar an mich
- an meine/n befugte/n Versicherungsvermittler/in

Name/Anschrift des Versicherungsvermittlers / der Versicherungsvermittlerin:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin