

Name & Vorname  
Straße  
PLZ Ort

Empfänger Krankenversicherung  
Straße  
PLZ Ort

**Betreff: Anforderung Diagnoseliste gem §83 SGB X**

**Versichertennummer:** .....

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte erteilen Sie mir schriftlich Auskunft darüber, welche Daten Sie bezüglich meiner  
→ Arbeitsunfähigkeiten  
→ ambulante Behandlungen  
→ stationäre Aufenthalte und  
→ psychotherapeutischen Behandlungen  
gespeichert haben.

Darüber hinaus bitte ich Sie, schriftlich Auskünfte bezgl. abgerechneter Diagnosen  
meiner Ärzte gem. § 305 SGB V zu erteilen.

Bitte bestätigen Sie mir auch meine Versicherungszeiten in Ihrem Hause.

Rein vorsorglich weise ich auf § 84 Abs. 2 SGB X i.V.m. § 292, 295 Abs 1a, 1b und 2  
SGB X hin. Sofern aufgrund dieser Bestimmungen keine oder nicht vollständige  
Daten über die gesamte Mitgliedschaft in Ihrem Hause mehr gespeichert sind, teilen  
Sie mir bitte schriftlich mit, welche Datenzeiträume von den  
Löschungsbestimmungen betroffen sind.

Vielen Dank im Voraus.

Name

Unterschrift