

Persönliche Anforderung einer Kopie der Krankengeschichte/ Ausfolgung einer Daten-CD

Patientin/Patient (Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen!)

Vorname, Nachname

Titel

Adresse

Sozialversicherungsnummer + Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Falls die Anforderung **NICHT durch die Patientin/ den Patient selbst** erfolgt, zusätzlich Beilage der entsprechenden Vertretungsvollmacht (bei Erziehungsberechtigten nicht erforderlich)!

Bevollmächtigte/r

SachwalterIn/Vorsorgebevollmächtigte/r

Erziehungsberechtigte/r / Obsorgeberechtigte/r

Vorname, Nachname

Titel

Adresse

Telefonnummer und E-Mail-Adresse

Sozialversicherungsnummer + Geburtsdatum

Beziehung

Gattin/Gatte

Partnerin/Partner

Tochter/Sohn

Mutter/Vater

Als Identitätsnachweis/ Legitimationsnachweis lege ich eine Kopie des

Führerscheines

Reisepasses

vor.

Unterlagen

betroffene Klinik/ Klinische Abteilung

Aufenthalt/ Behandlung (von – bis)

stationär

ambulant

Arztbrief(e)

Befunde _____

Sonstiges _____

Die Kopien bzw. die Daten-CD werden benötigt für

Weiterbehandlung (Name/Anschrift der Ärztin/ des Arztes/ der Krankenanstalt/ der med. Einrichtung): _____

Behörde/ andere Stellen (z.B. Versicherung): _____

Sonstige

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben!

Ort, Datum

Unterschrift