

Persönliche Anforderung einer Kopie der Krankengeschichte/ radiologischer Bild-Daten

Patient:in (Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen!)

Vorname, Nachname

Akad. Grad

Adresse

Sozialversicherungsnummer + Geburtsdatum

Mobiltelefonnummer

E-Mail-Adresse

Falls die Anforderung **NICHT** von Patient:in selbst erfolgt, zusätzlich Beilage der entsprechenden Vertretungsvollmacht (bei Erziehungsberechtigten nicht erforderlich)!

☐ Bevollmächtigte:r ☐ Erwachsenenvertreter:in/ Vorsorgebevollmächtigte:r ☐ Erziehungsberechtigte:r/ Obsorgeberechtigte:r

Vorname, Nachname

Akad. Grad

Adresse

Sozialversicherungsnummer + Geburtsdatum

Mobiltelefonnummer

E-Mail-Adresse

Beziehung

☐ Gattin/ Gatte ☐ Partner:in ☐ 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 ☐ Radiologische Bild-Daten ☐ Sonstiges

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben!

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

Unterschrift Bevollmächtigte:r

Übermitteln Sie das ausgefüllte Formular an die Abteilung Verträge und Koordination (iki.befunde@tirol-kliniken.at).

Persönliche Anforderung einer Kopie der Krankengeschichte/ radiologischer Bild-Daten

Patient:in (Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen!)

Vorname, Nachname

Akad. Grad

Adresse

Sozialversicherungsnummer + Geburtsdatum

Mobiltelefonnummer

E-Mail-Adresse

Falls die Anforderung **NICHT** von Patient:in selbst erfolgt, zusätzlich **Beilage** der entsprechenden Vertretungsvollmacht (bei Erziehungsberechtigten nicht erforderlich)!

☐ Bevollmächtigte:r ☐ Erwachsenenvertreter:in/ Vorsorgebevollmächtigte:r ☐ Erziehungsberechtigte:r/ Obsorgeberechtigte:r

Vorname, Nachname

Akad. Grad

Adresse

Sozialversicherungsnummer + Geburtsdatum

Mobiltelefonnummer

E-Mail-Adresse

Beziehung

☐ Gattin/ Gatte ☐ Partner:in ☐ 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 ☐ Radiologische Bild-Daten ☐ Sonstiges

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben!

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

Unterschrift Bevollmächtigte:r

Anfragen von Röntgenbildern schriftlich an die E-Mail:

lki.za.mkg-roentgen@tirol-kliniken.at