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)!

☐ Bevollmächtige: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

tirol kliniken
universitätskliniken innsbruck

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT INNSBRUCK

Übermitteln Sie das ausgefüllte Formular an:

☐ Abteilung Verträge und Koordination lki.befunde@tirol-kliniken.at

☐ Univ.-Klinik für Radiologie lki.ra.radadmin@tirol-kliniken.at