

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/ Vorsorgebevollmächtigter Erziehungsberechtigte:r/ Obsorgeberechtigte:r

Vorname, Nachname

Akad. Grad

Adresse

Mobiltelefonnummer und E-Mail-Adresse

Sozialversicherungsnummer + Geburtsdatum

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

Übermitteln Sie das ausgefüllte Formular an:

- Abteilung Verträge und Koordination lki.vertragsangelegenheiten@tirol-kliniken.at Fax: 050 504-67 220 06
 Univ.-Klinik für Radiologie lki.ra.radadmin@tirol-kliniken.at Fax: 050 504-289 92
