

## Krankengeschichte, Anforderung

### Patient/in, Bewohner/in:

Name, Geb.Dat:

.....

Adresse:

.....

Tel.Nr. für Rückfragen: .....

### Anforderer/Anforderin (wenn nicht Patient/in, Bewohner/in)

Name, Geb.Dat:

.....

Adresse:

.....

Tel.Nr. für Rückfragen: .....

Vollmacht vom.....in Kopie angeschlossen

### Umfang:

- stationärer Aufenthalt Zeitraum: ..... Zeitraum: ..... Zeitraum: .....
- ambulanter Besuch Zeitpunkt: ..... Zeitpunkt: ..... Zeitpunkt: .....

### Ich ersuche um Ausfolgung einer Kopie für:

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gesamte Krankengeschichte  | € 24,80 Grundgebühr + € 0,40 je A4-Seite* |
| <input type="checkbox"/> einzelne Befunde, Berichte (z.B. OP-Bericht, Labor): .....       | € 24,80 Grundgebühr + € 0,40 je A4-Seite* |
| <input type="checkbox"/> Krankengeschichte auf USB-Stick                                  | € 24,80 Grundgebühr + € 10,30 USB-Stick   |
| <input type="checkbox"/> radiodiagnostische Aufnahmen (Röntgen, CT- oder MR-Untersuchung) | € 16,30 je Untersuchung                   |
| <input type="checkbox"/> radiodiagnostische Aufnahmen auf CD-ROM (falls möglich)          | € 25,80 je CD-ROM                         |

\*= bis 50 Seiten (ab der Seite 51 kostenlos)

alle Kosten inkl. 10 % USt

### Hinweis:

Gem. § 17 Abs. 4 Wr.KAG erhalten einweisende oder behandelnde Ärzte über Anforderung die Krankengeschichte kostenlos. Eine nachträgliche Anforderung durch diese entbindet mich nicht von der Zahlungspflicht für den ggstdl. Auftrag. Für die Geriatriezentren der Stadt Wien gilt diese Bestimmung sinngemäß.

**Wenn keine Barzahlung erfolgt, erhalte ich eine Rechnung mit Erlagschein.**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

### Bei sofortiger Ausfolgung:

Folgende Kopien wurden direkt ausgehändigt:

..... Anzahl A4-Kopien          ..... USB-Stick          ..... Röntgenbilder          ..... CD-ROM

**Ein Identifikationsnachweis (Lichtbildausweis) wurde vorgelegt:**

Ja

Bei Ausfolgung an Vertreter: Vorlage Lichtbildausweis und Bevollmächtigung:

Ja

Vorherige Bezahlung ist mittels Bankomat bzw. an Hauptkassa

Keine Bezahlung erfolgt

Ausgefollgt von:

.....  
Name Mitarbeiterin/Mitarbeiter

.....  
Durchwahl

.....  
Anstaltsstempel und Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter