



**PatientIn (bzw. Klebeetikette):**

Name: .....

Geb.Dat.: .....

Adresse: .....

Tel.: .....

**Wiener Krankenanstaltenverbund  
Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien –  
Medizinischer Universitätscampus  
Wirtschaftliche und administrative  
Angelegenheiten  
(Verwaltungsdirektion)  
Medizinisches Dokumentationszentrum  
Gentzgasse 8  
1180 Wien  
Tel.: +43 1 40400-70520, 70540, 70550, 70560  
Fax: +43 1 40400-70570  
E-Mail: postakhvdzext@akhwien.at  
www.wienkav.at/akh**

**Aufenthalt:**

Univ. Klinik und/oder Diagnose: .....

- stationär: Zeitraum: .....
- ambulant: Zeitraum: .....

**Ich ersuche um Ausfolgung einer kostenpflichtigen Kopie:**

Eingangsvermerk VDZ  
(bitte nicht überschreiben)

<input type="checkbox"/> gesamte Krankengeschichte ODER	<b>€ 24,40</b> + je A4-Seite *	<b>€ 0,40</b>
<input type="checkbox"/> bestimmter Befund: .....	<b>€ 24,40</b> + je A4-Seite *	<b>€ 0,40</b>
<input type="checkbox"/> radiodiagnostische Aufnahmen (Röntgenbild, CT-/MR-Aufnahme) ODER	je Untersuchung	<b>€ 15,20</b> (keine
<input type="checkbox"/> radiodiagnostische Aufnahmen auf CD-ROM (falls möglich)	je CD-Rom	<b>€ 24,30 Grundgeb.)</b>

Die Grundgebühr von € 24,40 wird nur einmal pro Anforderung verrechnet  
\* bis 50 Seiten (ab Seite 51 kostenlos)

eventuelle Auslandsspesen: + € 7,27  
**alle Kosten inkl. 10 % USt**

**Zur Kenntnisnahme:** Die Zusendung erfolgt mit Erlagschein.

**Die Bearbeitungsdauer der Anfrage beträgt etwa zwei Wochen.**

In gewissen Fällen kann eine kostenfreie Ausfolgung erfolgen (nur im Bedarfsfall anzukreuzen):

- Weiterbehandlung (Name/Anschrift d. Arztes): .....
- Behörde/andere Stellen (z.B. Versicherung): .....
- aktuelle Befunde (innerhalb der letzten drei Monate bis zu 10 Kopien)

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben!**

..... Datum      Unterschrift PatientIn (bzw.Obsorgeberechtigter oder Vertreter unter Vorlage einer Vollmacht)      Name in Blockbuchstaben



