

Krankengeschichten-Anforderung persönlich

VDR-VDZ-FM

gültig ab: 15.11.2023

Version: 25

Seite 1 von 1

Patient*in (bzw. Klebeetikette):

Name:

Geb.Dat.:

Tel.:

E-Mail (bitte leserlich!):

Adresse:

Anforderer (wenn nicht Patient*in):

Bitte eine Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises beilegen!

Wiener Gesundheitsverbund
Universitätsklinikum AKH Wien
Wirtschaftliche und administrative
Angelegenheiten (Verwaltungsdirektion)
Medizinisches Dokumentationszentrum
1180 Wien, Gentzgasse 8
Tel. +43 1 404 00-70110, 70520, 70530,
70540, 70550, 70560
Fax: +43 1 404 00-70570
post_akh_vdz_ext@akhwien.at oder
befundanforderung@akhwien.at
akhwien.at



Eingangsvermerk VDZ (nicht überschreiben)

Ich möchte die Unterlagen per E-Mail erhalten und nehme zur Kenntnis, dass die Übermittlung unverschlüsselt auf meine Verantwortung erfolgt. (Bei größeren Dateien erfolgt der Versand auf dem Postweg.)

Ich möchte die Unterlagen auf dem Postweg erhalten.

Ich ersuche um Ausfolgung einer Kopie:

Aufenthalt:

Univ. Klinik/Diagnose:

.....

stationär: Zeitraum:

ambulant: Zeitraum:

- gesamte Krankengeschichte **ODER**
- bestimmter Befund (z.B. OP-Bericht, Labor, ..):
- radiodiagnostische Aufnahmen auf CD-ROM **ODER**
- radiodiagnostische Aufnahmen (Röntgenbild, CT-/MR) (falls mögl.)

Die Bearbeitungsdauer der Anfrage beträgt etwa zwei Wochen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben!

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient*in (bzw. Sorgeberechtigter oder Vertreter*in unter Vorlage einer Vollmacht)

.....
Name in Blockbuchstaben

Nur bei sofortiger Ausfolgung durch die Klinik auszufüllen:

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

Identifikationsnachweis (Lichtbildausweis) wurde vorgelegt:

Bei Ausfolgung an Vertreter*in: Vorlage Lichtbildausweis und Ermächtigung:

.....
Name Mitarbeiter*in (leserlich)

.....
Durchwahl

.....
Klinikstempel + Unterschrift