

Krankengeschichten-Anforderung persönlich

VDR-VDZ-FM

gültig ab: 11.01.2022

Version: 23

Seite 1 von 1

Patient*in (bzw. Klebeetikette):

Name:

Geb.Dat.: Tel.:

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

Aufenthalt:

Univ. Klinik/Diagnose:

☐ stationär: Zeitraum:

☐ ambulant: Zeitraum:

Ich ersuche um Ausfolgung einer Kopie:

☐ gesamte Krankengeschichte ODER	€ 26,- + je A4-Seite * € 0,40
☐ bestimmter Befund (z.B. OP-Bericht, Labor, ..):	€ 26,- + je A4-Seite * € 0,40
☐ radiodiagnostische Aufnahmen auf CD-ROM ODER	je CD-ROM € 27,70 (keine
☐ radiodiagnostische Aufnahmen (Röntgenbild, CT-/MR) (falls mögl.)	je Untersuchung € 17,50 Grundgeb.)

* bis 50 Seiten (ab Seite 51 kostenlos)

alle Kosten inkl. 10 % USt

ev. Auslandsspesen: + € 7,27

Zur Kenntnisnahme: Sie erhalten die Unterlagen auf dem Postweg. Die Rechnung wird von der Buchhaltungsabteilung an die Meldeadresse versendet. Gemäß § 17 Abs. 4 Wr. KAG erhalten einweisende oder behandelnde Ärzte über Anforderung relevante Teile der Krankengeschichte kostenlos. Eine nachträgliche Anforderung durch diese entbindet nicht von der Zahlungspflicht für den gegenständlichen Auftrag. **Die Bearbeitungsdauer der Anfrage beträgt etwa zwei Wochen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben!**

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

Nur bei sofortiger Ausfolgung durch die Klinik auszufüllen:

..... Anzahl A4-Kopien ☐ aktuelle Befunde (bis 10 Kopien – nicht älter als 1 Monat)CD-ROM

..... Röntgenbilder + Anzahl der Untersuchungen:

Identifikationsnachweis (Lichtbildausweis) wurde vorgelegt: ☐

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

☐ vorherige Bezahlung ist mittels Bankomat bzw. an Hauptkassa erfolgt (Kassaeinzahlungsbestätigung beilegen)

☐ keine Bezahlung erfolgt, weil:

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

.....
Durchwahl

.....
Klinikstempel + Unterschrift