



**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**

**PatientIn (bzw. Klebeetikette):**  
 Name: .....  
 Geb.Dat.: ..... Tel.: .....  
 Adresse: .....  
 .....  
 Anforderer (wenn nicht PatientIn): .....  
 .....  
**Bitte eine Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises beilegen!**

**Aufenthalt:**

Univ. Klinik/Diagnose: .....

stationär: Zeitraum: .....

ambulant: Zeitraum: .....

**Ich ersuche um Ausfolgung einer Kopie:**

Eingangsvermerk VDZ (nicht überschreiben)

<input type="checkbox"/> gesamte Krankengeschichte	<b>€ 24,80 + je A4-Seite * € 0,40</b>
<input type="checkbox"/> ODER bestimmter Befund (z.B. OP-Bericht, Labor, ...)	<b>€ 24,80 + je A4-Seite * € 0,40</b>
<input type="checkbox"/> radiodiagnostische Aufnahmen auf CD-ROM ODER	je CD-ROM <b>€ 25,80</b> (keine
<input type="checkbox"/> radiodiagnostische Aufnahmen (Röntgenbild, CT-/MR) (falls mögl.)	je Untersuchung <b>€ 16,30 Grundgeb.)</b>

\* bis 50 Seiten (ab Seite 51 kostenlos)

alle Kosten inkl. 10 % USt

ev. Auslandsspesen: + € 7,27

**Zur Kenntnisnahme:** Die Zusendung erfolgt mit Erlagschein. Gemäß § 17 Abs. 4 Wr. KAG erhalten einweisende oder behandelnde Ärzte über Anforderung relevante Teile der Krankengeschichte kostenlos. Eine nachträgliche Anforderung durch diese entbindet mich 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 PatientIn (bzw.Obsoorgeberechtigter                      **Name in Blockbuchstaben**  
 oder VertreterIn unter Vorlage einer Vollmacht)

**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 VertreterIn: Vorlage Lichtbildausweis und Ermächtigung:   
 vorherige Bezahlung ist mittels Bankomat bzw. an Hauptkassa erfolgt (Kassaeinzahlungsbestätigung beilegen)  
 keine Bezahlung erfolgt, weil: .....  
 .....  
 Name MitarbeiterIn                      Durchwahl                      Klinikstempel + Unterschrift

