

**PatientIn (bzw. Klebeetikette):**

Name:

Geb.Dat.:

Adresse:

Tel.:

Bitte eine Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises beilegen!

**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	€ 25,10 + je A4-Seite *	€ 0,40
<input type="checkbox"/> ODER bestimmter Befund:	€ 25,10 + je A4-Seite *	€ 0,40
<input type="checkbox"/> ODER gesamte Krankengeschichte oder Teile davon auf USB-Stick	€ 25,10 +	€ 10,30
<input type="checkbox"/> radiodiagnostische Aufnahmen auf CD-ROM ODER	je CD-ROM	€ 25,20 (keine
<input type="checkbox"/> radiodiagnostische Aufnahmen (Röntgenbild, CT-/MR) (falls mögl.)	je Untersuchung	€ 15,90 Grundgeb.)

Die Grundgebühr von € 25,10 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 VertreterIn unter Vorlage einer Vollmacht).....
Name in Blockbuchstaben

