



Information über die Aushändigung von Kopien von Krankengeschichten (Patientendokumentation)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Als Patient/Patientin des Krankenhauses Oberndorf haben Sie **das gesetzlich verankerte Recht auf Einsicht in Ihre Krankengeschichte bzw. auf Ausfertigung einer kostenlosen Erstkopie Ihrer Krankengeschichte (Patientendokumentation)**. Für alle weiteren Kopien derselben Krankengeschichte wird die nachstehend angeführte Bearbeitungsgebühr verrechnet.

In der **Bearbeitungsgebühr** sind sämtliche anfallenden administrativen Kosten abgedeckt. Weiters sind darin auch die Materialkosten (elektronischer Datenträger) enthalten. Die Seitengebühr wird zusätzlich je kopierter / ausgedruckter Seite verrechnet.

Kosten für weitere Kopien derselben Krankengeschichte (Patientendokumentation):

- **Bearbeitungsgebühr € 21 bzw. € 25**
- **Seitengebühr € 0,30 je Anforderungsfall**
- **Originalunterlagen werden nicht ausgehändigt!**
- **Röntgen CD € 16**

Ich (Blockschrift) _____, geb. am _____ wurde über die Kostensätze für die Ausfertigung der Patientendokumentation und die diesbezügliche Zahlungsverpflichtung ausreichend informiert.

Auswahl (A) oder (B):

- (A) Ich benötige die gesamte Krankengeschichte (Patientendokumentation) betreffend meine Behandlung im KH _____
Abteilung: _____
zum Aufenthalt von _____ bis _____ / am _____

(B) Ich benötige folgende Teile der Krankengeschichte (Patientendokumentation) betreffend meine Behandlung im KH _____

Abteilung: _____

zum Aufenthalt von _____ bis _____ / am _____

Ich benötige folgendes bildgebendes Material (z.B. Röntgen, CT, MRT, Sonographie):

Übermittlung der Krankengeschichte / Patientendokumentation an (Auswahl bitte Ankreuzen):

Postanschrift E-Mail-Adresse (Versand erfolgt verschlüsselt)

• Postanschrift:

Straße und Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

• E-Mail-Adresse: _____

• Rechnungsadresse:

Straße und Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

• Telefonnummer (für Rückfragen): _____

Ort, Datum: _____, _____

(Unterschrift des Patienten/der Patientin)

Name (Blockschrift) der gesetzlichen Vertretung/
der bevollmächtigten Person

(Unterschrift der gesetzlichen Vertretung /
der bevollmächtigten Person)

Verhältnis zum Patienten/zur Patientin

Beilagen: Amtlicher Lichtbildausweis des Patienten/der Patientin
Amtlicher Lichtbildausweis der bevollmächtigten Person

Abholung durch Dritte erfolgt nur mit einer unterschriebenen Vollmacht des Patienten / der Patientin.