

Antrag für medizinische Dokumente durch die Ärztin/den Arzt oder die Therapeutin/den Therapeuten

Das ausgefüllte und unterzeichnete Formular ist direkt die betreffende/n Abteilung/en zu senden.

Stationäre/r Patientin/Patient ja nein

Angaben der Patientin/des Patienten (in GROSSBUCHSTABEN)

Name und Vorname _____

Geburtsdatum _____ W M Tel. _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Gewünschte Dokumente

Daten

Abteilungen

Austrittsbericht

Sprechstundenbericht

Operationsbericht

Röntgenbericht

Laboranalysen letzter Spitalaufenthalt

Laboranalysen andere Daten

Andere _____

Ich bestätige, dass dieser Antrag mit dem Einverständnis der Patientin/des Patienten* eingereicht wurde.

Tel. _____ E-Mail (nur wenn gesichert)
HIN secured ja nein _____

Stempel Ärztin/Arzt

Datum _____ Unterschrift _____

* Minderjährige Patientinnen/Patienten

- Wenn das Kind nicht urteilsfähig ist (vom Arzt zu beurteilen), muss der Antrag mit der Zustimmung eines sorgeberechtigten Elternteils erfolgen.
- Wenn das Kind urteilsfähig ist (vom Arzt zu beurteilen), muss der Antrag mit Zustimmung des Kindes erfolgen.



DPc00700