

## Information über die Aushändigung von Kopien von Krankengeschichten (Patientendokumentation) und den Kostenersatz

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Als Patient/Patientin des LKH-Univ.Klinikum Graz 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 € 23,50

Seitengebühr € 0,40 je Anforderungsfall

### Originalunterlagen werden nicht ausgehändigt!

---

Optional können Sie alle abgeschlossenen medizinischen Einzelbefunde, Entlassungsbriefe, OP-Berichte, Ambulanzkarten, Laborbefunde und radiologischen Bilder von Ihrem Krankenhausaufenthalt auf einen Klick **kostenlos** im Internet unter **www.patientenportal.kages.at** abrufen. Hierfür benötigen Sie eine Handy-Signatur oder aktive Bürgerkarte.

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

Auswahl (A) oder (B):

(A) Ich benötige die gesamte Krankengeschichte (Patientendokumentation) betreffend meine Behandlung im LKH \_\_\_\_\_

Univ. Klinik/Abteilung: \_\_\_\_\_ zum

Aufenthalt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ / am \_\_\_\_\_ .

(B) Ich benötige folgende Teile der Krankengeschichte (Patientendokumentation) betreffend meine Behandlung im LKH \_\_\_\_\_

Univ. Klinik/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