



Einwilligungserklärung für die Aushändigung von Kopien einer Krankengeschichte an private Personen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Gemäß *Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 2012* haben PatientInnen **das Recht zur Einsicht in die Krankengeschichte bzw. auf Ausfertigung einer Kopie gegen Ersatz der Kosten.** In der **Bearbeitungsgebühr** sind sämtliche anfallenden administrativen Kosten von der Aushebung der Patientenunterlagen / Krankengeschichte bis zur Einbringung der Kostenersätze / Gebühren abgedeckt. Weiters sind darin auch die Materialkosten (DVD, CD) enthalten. Die Seitengebühr wird zusätzlich je kopierter / ausgedruckter Seite verrechnet.

Kopien der Krankengeschichte

€ 18,50 je Anforderungsfall plus € 0,30 je DIN A4 Seite

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.patienten-portal.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 Patientendokumentation betreffend meine Behandlung im LKH Univ. Klinikum Graz

Univ.Klinik/Abteilung:

Aufenthalt von..... bis / am

.....

B) Ich benötige folgende Teilbereiche der Patientendokumentation betreffend meine Behandlung im LKH Univ. Klinikum Graz

Univ.Klinik/Abteilung:

Aufenthalt von..... bis / am.....

.....
.....

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

.....

Übermittlung der 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:

Graz, am
(Unterschrift des Patienten/der Patientin)

.....
(Unterschrift des/der gesetzlichen Vertretung/der bevollmächtigten Person)

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