

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 € 21,20

Seitengebühr € 0,30 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.patienten-portal.kages.at abrufen. Hierfür benötigen Sie eine ID-Austria 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