

## Befund-Anforderung

### Daten der Patientin/ des Patienten:

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

SV-Nummer / Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mail (optional): \_\_\_\_\_

### Information zur benötigten Krankengeschichte:

Aufenthalt: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Abteilung \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Abteilung \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Art der Übermittlung:

**Bitte beachten Sie, dass Befunde grundsätzlich von der Patientin/ vom Patienten selbst anzufordern sind. Sollte dies nicht möglich sein, so ist eine entsprechende Bevollmächtigung (schriftl. Zustimmung, Einantwortungsbeschluss, etc.) nachzuweisen. Jedenfalls zu übersenden ist auch eine Kopie eines Lichtbildausweises der Patientin/ des Patienten und gegebenenfalls der anfordernden Person.**

Die Zustellung erfolgt am Postweg an die Adresse der anfordernden Person. Eine persönliche Abholung ist nur nach vorheriger Rücksprache mit der Befundanforderung/Medienservice und Ausweisvorlage möglich.

### Angaben zur anfordernden Person, falls diese nicht die Patientin/ der Patient ist (Name, Adresse, Telefon):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ich ersuche um Aushändigung einer Kopie der Krankengeschichte: (bitte ankreuzen)

Krankengeschichte (ohne Röntgen/MRT/CT-Bilder) pro Anforderung EUR 28,-

Röntgen/MRT/CT-Bilder auf CD pro Anforderung EUR 20,-

Ihre Anforderung gilt **1 Monat** und wird erst **nach Einzahlung** der Ihnen zugesandten Rechnung bearbeitet.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie, dass Ihre Anforderung nur bearbeitet werden kann, wenn alle Unterlagen vorliegen und das Formular vollständig und leserlich ausgefüllt ist.**