An das

9640 Kötschach, Laas 39

T +43 (0) 4715 7701

www.kabeg.at

 **Anforderung von Krankenunterlagen**

**An die Abteilung**

......................................................................................................................................

**Patientendaten:**

Name: .............................................................................................................
Geburtsdatum: .............................................................................................................
SV-Nr: ........................................................................................................

In meiner Funktion als einweisende/-r bzw. weiterbehandelnde/-r Ärztin/Arzt ersuche ich um Übermittlung nachstehender Unterlagen meiner Patientin/meines Patienten:

......................................................................................................................................

......................................................................................................................................

Ich bestätige, dass meine Patientin/mein Patient mit der Datenanforderung einverstanden ist und ersuche um Übermittlung der Unterlagen

 per Post: :……………………………………………………………………………………

(Bitte die Adresse leserlich anführen)

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Übermittlung der Unterlagen gemäß § 34 Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 – K-KAO idgF mit dem Auftrag des Weitergabeverbotes erfolgt.

………………………… ……………………………………..

Datum Arztstempel und Unterschrift