

**Formular/  
Anforderung Krankengeschichte**

per Fax (+43/512/504-22919),  
Mail (chirurgie@i-med.ac.at),  
oder Post (Anichstraße 35, 6020 Innsbruck)

**Universitätsklinik für  
Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie**  
(nur bei vollständig vorliegenden Anforderungsunterlagen,  
Zusendungen durch die Klinik ergehen auf dem Postweg oder per Fax)

<b>Patientin/Patient</b>		
Familienname	Vorname	
Geburtsdatum	SV-Nr.	
Adresse		
Telefon	Fax	E-Mail

**Zusätzlich** – wenn die Anforderung **NICHT durch Patientin/Patient selbst** erfolgt – unter Beilage der entsprechenden Vertretungsvollmacht

Arzt \*     
  SachwalterIn     
  Erziehungsberechtigte/r \*\*     
  Bevollmächtigte/r

\* Es wird bestätigt, dass das Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten vorliegt, die Unterlagen anzufordern.  
 \*\* Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder, dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

Familienname	Vorname	
Geburtsdatum	SV-Nr.	
oder Institution		
Adresse		
Telefon	Fax	E-Mail

ambulant      Jahr/Datum .....

Arztbrief(e)     Befund(e)     Sonstiges: .....

stationär      Jahr/Dauer des Aufenthaltes und Station .....

Arztbrief(e)     Befund(e)     Sonstiges: .....

Als Identitätsnachweis/Legitimationsnachweis lege ich eine Kopie

meines Führerscheins     meines Reisepasses     ..... bei.

**Datum:** .....      **Stempel und/oder Unterschrift:** .....