

**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)

Patientin/Patient		
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:**