

Dieses Formular ist nur mit Unterschrift gültig!

Sie können uns dieses Formular per Post oder an die folgende Faxnummer zusenden: **069 6705-276**

Orthopädische Universitätsklinik
Friedrichsheim gGmbH
Archiv
Marienburgstr. 2
60528 Frankfurt am Main

Anforderung von Patientenunterlagen

Antragssteller/in

Nachname: Vorname:
Adresse: Für eventuelle Rückfragen:
..... Telefon:
..... E-Mail:

Behandlungsdaten

Nachname, Vorname (Patient/in):
ggf. Geburtsname: Geburtsdatum:
Behandlungszeitraum: vom bis

Benötigte Unterlagen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Befundberichte | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> OP-Bericht/Entlassbrief | |
| <input type="checkbox"/> Laborwerte | <i>oder</i> |
| <input type="checkbox"/> Röntgenbilder | <input type="checkbox"/> komplette Akte (kostenpflichtig) |

Hinweise:

Die Kopien der Behandlungsunterlagen werden per Post an die oben angegebene Adresse versandt. Eine Übermittlung per E-Mail ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich. Wenn der Antragsteller/in nicht mit der Person des Patienten übereinstimmt, wird die Vorlage einer Vollmacht und einer Schweigepflichtentbindung zusätzlich erforderlich.

Die Kopie der kompletten Akte ist kostenpflichtig. Es werden pro Seite DIN A4 schwarz/weiß für die ersten 100 Seiten je Seite 0,50 Euro, zuzüglich Portokosten, in Rechnung gestellt. Jede weitere Seite kostet 0,15 Euro. Röntgenbilder auf CD kosten jeweils 10,00 Euro.

Hiermit erkläre ich die Übernahme der Kosten für die Erstellung der von mir angeforderten Kopien der kompletten Patientenakte und/oder Röntgenbilder-CD.

.....
Datum

.....
Unterschrift Antragsteller/in