Vollmacht für die Zusendung von Patientenunterlagen

Ich,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name und Vorname des Vollmachtgebers Geburtsdatum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse

bevollmächtige hiermit

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name und Vorname des Bevollmächtigten Geburtsdatum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse

folgende Dokumente anzufordern:

Bitte ankreuzen:

 Umfassende Krankenakte Arztbrief Patient:in war: stationär

 Röntgenbilder Laborwerte ambulant

 CT-Bilder

Unbedingt **eines** der Felder angeben: Tag der Aufnahme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **oder** den Tag der Entlassung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **oder** die Aufnahmezahl: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Der/die Bevollmächtigte muss mit der Vollmacht eine **amtliches Ausweisdokument** (zB: Reisepass, Personalausweis, Führerschein) mit der Vollmacht übermitteln.

**Hinweis:** Die Übermittlung von sensiblen Daten (Patientendaten) ist aus Datenschutzgründen nur per Post erlaubt. Für die erneute Bereitstellung von Patienten-Unterlagen wird ein Kostenersatz laut Tarifordnung und eine Postgebühr verrechnet. Die Übermittlung der Daten erfolgt binnen 10 Tagen ab Anforderung.

Datum und Unterschrift Patient:in/ Vollmachtgeber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_