Krankengeschichten-Anforderung persönlich

VDR-VDZ-FM

gültig ab: 09.09.2025 Version: 26

Patient*in (bzw. Klebeetikette):

Name: ……

Geb.Dat.: ……

Tel.: ……

E-Mail (bitte leserlich!): ……

Adresse: ……

……

Anforderer (wenn nicht Patient*in): ……

Bitte eine Ausweiskopie beilegen!

Wiener Gesundheitsverbund
Universitätsklinikum AKH Wien
Wirtschaftliche und administrative Angelegenheiten (Verwaltungsdirektion)
Medizinisches Dokumentationszentrum
1180 Wien, Gentzgasse 8
Tel. +43 1 404 00-70110, 70520, 70530, 70540, 70550, 70560
Fax: +43 1 404 00-70570
post_akh_vdz_ext@akhwien.at oder
befundanforderung@akhwien.at
akhwien.at

Eingangsvermerk VDZ (nicht überschreiben)

☐ Ich möchte die Unterlagen verschlüsselt per E-Mail erhalten.
Bei größeren Dateien erfolgt der Versand auf dem Postweg.

☐ Ich möchte die Unterlagen auf dem Postweg erhalten.

Ich ersuche um Ausfolgung einer Kopie:

☐ gesamte Krankengeschichte **ODER**
☐ bestimmter Befund (z.B. OP-Bericht, Labor, ..):

Röntgen-, CT oder MR-Untersuchung:
☐ auf CD-ROM **ODER**
☐ auf Röntgenfilm oder Papier (falls möglich)

Aufenthalt:

Univ. Klinik/Diagnose:

……

☐ stationär: Zeitraum: ……

☐ ambulant: Zeitraum: ……

Die Bearbeitungsdauer der Anfrage beträgt etwa zwei Wochen. Wir weisen darauf hin, dass bei einer nochmaligen Anforderung der gleichen Unterlagen dies kostenpflichtig ist, es wird daher empfohlen, vor Weitergabe eine Kopie anzufertigen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben!

……	……	……
Datum	Unterschrift Patient*in (bzw. Obsorgeberechtigter oder Vertreter*in unter Vorlage einer Vollmacht)	**Name in Blockbuchstaben**

Nur bei sofortiger Ausfolgung durch die Klinik auszufüllen:

…….. Anzahl A4-Kopien ……. CD-ROM …….. Röntgenbilder

Identifikationsnachweis (Lichtbildausweis) wurde vorgelegt: ☐
Bei Ausfolgung an Vertreter*in: Vorlage Lichtbildausweis und Ermächtigung: ☐

……	……	……
Name Mitarbeiter*in (leserlich)	Durchwahl	Klinikstempel + Unterschrift