

# ERMÄCHTIGUNGSERKLÄRUNG

## Ermächtigung durch die Patientin/den Patienten

Ich gefertigte/r ....., wohnhaft in ....., geb. am ....., ermächtige hiermit .....  
Kopien bzw. Abschriften von ärztlichen Unterlagen (\*bitte unten ankreuzen und befüllen), die meine nachstehend angeführte Behandlung im Unfallkrankenhaus Graz betreffen, zu beschaffen.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in  
(bei minderjährigen oder besachwalteten Personen)

## Anforderung durch eine Ärztin/einen Arzt bzw. eine Krankenanstalt

Ich gefertigte/r ....., ersuche mit Ermächtigung der Patientin/des Patienten Frau/Herrn ....., geb. am ....., um Übermittlung der Kopien bzw. Abschriften von ärztlichen Unterlagen (\*bitte unten ankreuzen und befüllen), die den unten angeführten Behandlungsfall im Unfallkrankenhaus Graz betreffen.

Ort, Datum

Unterschrift der Krankenanstalt/der Ärztin/des Arztes

**Bitte ankreuzen:**  Röntgenkopien  Krankengeschichte

**Behandlungsfall:** Patientenzahl: UG ..... Unfalldatum: .....

- ambulante Behandlung von ..... bis .....
- stationäre Behandlung von ..... bis .....