

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 UKH Steiermark, Standort 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 UKH Steiermark, Standort 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