KABEG
LKH LAAS

9640 Kötschach, Laas 39
T +43 (0) 4715 7701
FTAPI office.laas@kabeg.at
DAME KH832324
www.kabeg.at

Absender:

……

……

Anforderung von Krankenunterlagen

An die Abteilung

.....

Patientendaten:

Name: .....

Geburtsdatum: ……..... SV-Nr: .....

In meiner Funktion als einweisende/-r bzw. weiterbehandelnde/-r Ärztin/Arzt ersuche ich um Übermittlung nachstehender Unterlagen meiner Patientin/meines Patienten:

.....

Ich bestätige, dass meine Patientin/mein Patient mit der Datenanforderung einverstanden ist und ersuche um Übermittlung der Unterlagen

☐ **per Post:** ……

(Bitte die Adresse leserlich anführen)

☐ **per DAME:** ……

☐ **per FTAPI:** ……

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Übermittlung der Unterlagen gemäß § 34 Kärntner Krankenanstaltenordnung 1999 – K-KAO idgF mit dem Auftrag des Weitergabeverbotes erfolgt.

....

Datum Arztstempel und Unterschrift