

# Ermächtigungserklärung

## Ermächtigung durch die Patientin: den Patienten

Ich ....., 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 betreffen, zu beschaffen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:Patientin bzw. gesetzliche Vertretung

## Anforderung durch eine:n Ärztin:Arzt bzw. eine Krankenanstalt

Ich ....., ersuche mit Ermächtigung der:des Patienten:Patientin ....., geb. am ....., um Übermittlung der Kopien bzw. Abschriften von ärztlichen Unterlagen (\*bitte unten ankreuzen und befüllen), die den unten angeführten Behandlungsfall im UKH Steiermark betreffen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Krankenanstalt / der:des Ärztin: Arztes

## Behandlungsfall

Fallnummer: .....

**Röntgenkopien**

**Krankengeschichte**

ambulante Behandlung

von ..... bis.....

stationäre Behandlung

von ..... bis.....

