An das

Landeskrankenhaus Wählen Sie ein Element aus.

z.Hd. Patientenverrechnung

Adresse bitte eingeben

**Anforderungsformular für Patienten**

Ich ersuche um Anfertigung einer Kopie der Krankengeschichte meines stationären oder ambulanten Aufenthaltes:

|  |
| --- |
| **Aufenthaltsdaten** |
| Datum d. Aufenthaltes (von – bis) | Station / Abteilung |
| . | . |
| . | . |
| . | . |

|  |
| --- |
| **Patientendaten** |
| Name und Vorname | . |
| SVNR und Geburtsdatum | . |
| Name des gesetzlichen Vertreters | . |

|  |
| --- |
| **Legitimation** |
| Datum, UnterschriftDes anfordernden Patientenoder dessen gesetzlichen Vertreters |  |
| Datum, UnterschriftSachbearbeitung |  |

Erforderliche Beilagen:

[ ]  Kopie amtlicher Lichtbildausweis

[ ]  Allfälliger Nachweis der gesetzlichen Vertretung