

Antrag auf Erstellen eines Auszugs oder einer Kopie der medizinischen Dokumentation des Patienten

Identifikation des Antragstellers:

Vorname und Nachname:

Geburtsdatum/Geburtskennzahl (falls vergeben):

Telefon/E-Mail:

Anschrift (gültig für evtl. Übersendung des Auszugs / der Kopie der medizinischen Dokumentation):

.....

Art und Nummer des Identitätsausweises:

Ich bitte um Erstellen (Zutreffendes bitte ankreuzen): eines Auszugs oder einer Kopie der medizinischen Dokumentation, die über **meine Person** geführt wird oder die über **folgenden Patienten** geführt wird:

Vorname und Nachname des Patienten:

Geburtsdatum/Geburtskennzahl (falls vergeben):

Patientenidentifikationsnummer (falls vergeben):

Vztah žadatele k pacientovi:

Wir weisen darauf hin, dass der Patient mit Ihrer Anforderung einverstanden sein muss. Wenn der Patient seine Zustimmung nicht bereits zuvor im Dokument „Vermerk über die Zustimmung des Patienten zur Übermittlung von Informationen über dessen Gesundheitszustand“ erteilt hat, welches einen Bestandteil der über den Patienten geführten medizinischen Dokumentation bildet, dann müssen Sie Ihre Anforderung mit einer Zustimmungserklärung des Patienten belegen, wobei die Unterschrift des Patienten auf der Zustimmungserklärung amtlich zu beglaubigen ist (beim gesetzlichen Vertreter, Betreuer, Pflegevater ist keine Zustimmung erforderlich).

Ich bitte um:

Erstellen der kompletten medizinischen Dokumentation zu meiner Person / zum vorgenannten Patienten, oder

folgender Teile der medizinischen Dokumentation:

.....

Den Auszug oder die Kopie der medizinischen Dokumentation:

werde ich **persönlich** entgegennehmen oder bitte ich per Einschreiben zu eigenen Händen an die vorgenannte Anschrift **zu übersenden** bitte ich um die Übermittlung der ID an die Datenbox:

ich wünsche lediglich **Einsicht** in die medizinische Dokumentation (gewünschtes Datum der Einsichtnahme):

.....

Wenn dieser Antrag auf Erstellen eines Auszugs oder einer Kopie der medizinischen Dokumentation auf dem Postweg übersandt wird, dann muss die **Unterschrift auf diesem Antrag amtlich beglaubigt sein**, damit gegenüber der Gesellschaft nachgewiesen wird, dass es sich beim Antragsteller tatsächlich um eine berechtigte Person handelt. Durch diese Maßnahme soll verhindert werden, dass unbefugten Personen vertrauliche Informationen mitgeteilt oder zugänglich gemacht werden. Wenn die berechtigte Person persönlich erscheint, überprüft ein Mitarbeiter von ISCARE ihre Identität mit Hilfe des Identitätsausweises.

Die angeforderten Auszüge oder Kopien der medizinischen Dokumentation übergibt ein Mitarbeiter von ISCARE persönlich nach dem Erstellen nach erfolgter Erstattung der mit dem Erstellen zusammenhängenden Kosten gemäß der gültigen Preisliste von ISCARE. Wenn ein Patient oder eine andere berechtigte Person die Zusendung der angeforderten Dokumentation auf dem Postweg wünscht, wird die Dokumentation nach Erfüllung sämtlicher Formalitäten per Nachnahme wegen der Erstattung der mit dem Erstellen zusammenhängenden Kosten an die in diesem Antrag angeführte Anschrift übersandt (Zustellung ausschließlich zu eigenen Händen des Empfängers).

Unterschrift des Antragstellers*:

_____, **den:** _____

Die Identifizierung des Antragstellers bei der Unterzeichnung in der medizinischen Einrichtung für ISCARE wurde durchgeführt von (Vor- und Familienname und Unterschrift des Mitarbeiters):

*** die Unterschrift muss amtlich beglaubigt werden, wenn der Antrag nicht persönlich vom Antragsteller eingereicht wird**

Anschrift für die Übersendung des Antrags: Sekretariat, ISCARE a.s., Českomoravská 2510/19, Libeň, 190 00 Praha 9, Czech Republic

Vermerk über die Aushändigung des Auszugs oder von Kopien an den Antragsteller:

Die Kopie (der Auszug) der medizinischen Dokumentation wurde dem Antragsteller persönlich übergeben am Kopie

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben angeführten Angaben den Tatsachen entsprechen und dass ich die Kopie (den Auszug) der medizinischen Dokumentation im angeforderten Umfang persönlich entgegengenommen habe:

Unterschrift des Antragstellers:

Unterschrift des Mitarbeiters, der die Kopie (den Auszug) der medizinischen Dokumentation dem Antragsteller ausgehändigt und die Identität des Antragstellers überprüft hat: