

ANTRAGSFORMULAR AUF EINSICHTNAME IN DIE PATIENTENAKTE

I - Identität des Antragstellers

Name:.....Vorname:.....
 Geburtsdatum:.....
 Adresse:.....

 Festnetznummer:.....Mobil:.....
 E-Mail:.....

Eigenschaft:

<input type="checkbox"/> <u>Patient</u>	<u>Bitte, eine Kopie des Personalausweises beilegen</u>
<input type="checkbox"/> <u>Gesetzlicher Vertreter</u>	<u>Bitte, eine Kopie folgender Dokumente beilegen:</u> - Personalausweis des Antragstellers und Ausweis des Minderjährigen - Familienstammbuch oder Geburtsurkunde <u>Bei Ehescheidung, den Scheidungsbeschluss des Familiengerichts beilegen</u>
<input type="checkbox"/> <u>Betreuer</u>	<u>Bitte, eine Kopie folgender Dokumente beilegen:</u> - Personalausweis des Antragstellers und Ausweis des betreuten Volljährigen - Beschluss des Betreuungsgerichts

<p><input type="checkbox"/> Angehöriger (wenn der Patient verstorben ist)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Bruder / Schwester <input type="checkbox"/> Vater / Mutter <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> sonstiger Verwandtschaftsgrad 	<p>Bitte, folgende Dokumente in Kopie beilegen :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personalausweis des Antragstellers - Nachweis über die Rechtsnachfolge (Kopie des Familienstammbuchs, Geburtsurkunde oder entsprechender Vertrag) - notarielle Urkunde, Erbschein - sowie die Kopie des Totenscheins <p>Gemäß Artikel L.1110-4 des französischen Gesetzbuchs über die öffentliche Gesundheit muss Ihr Antrag begründet sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ich möchte die Todesursache erfahren. <input type="checkbox"/> Ich möchte die Erinnerung an den Verstorbenen verteidigen. <input type="checkbox"/> Ich möchte meine Rechte geltend machen. <input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte angeben..... <p>Anmerkung: Unter dem Vorbehalt einer anderweitigen Willensäußerung des Verstorbenen (Artikel L.1110-4 Abs.7 französischen Gesetzbuchs über die öffentliche Gesundheit).</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

II – Beantragte Patientenakte

Name:..... Geburtsname.....

Vorname:.....Geburtsdatum:.....

Betreffender Aufenthalt (betreffende Aufenthalte): Behandlung(en) und Zeitraum (Zeiträume) des Klinikaufenthalts:

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

Angeforderte Dokumente: Die Kopien werden zusammen mit den Versandkosten nach den geltenden Preisen in Rechnung gestellt. Näheres erfahren Sie bei der Zentrale für Patienten.

- Krankenhausbericht oder Entlassungsschein
- Untersuchungsergebnisse, bitte angeben, welche:.....
- OP-Bericht
- Gesprächsprotokoll
- Pflegedokumentation
- Röntgenaufnahme (Kopie auf CD-Rom zum geltenden Preis):
- Vollständige Patientenakte

Erläutern Sie Ihren Antrag:.....

.....
.....

III – Bereitstellungsart der Patientenakte

- Zusendung einer Kopie :

- an die Adresse des Antragstellers per Einschreiben mit Rückschein
- an die Adresse des nachfolgend angegebenen Arztes per Einschreiben mit Rückschein

Name:..... Vorname

Adresse:.....

Tel.:

- Persönliche Übergabe der Kopien in der betreffenden Abteilung:

Wenn keine Angaben zur Art der Bereitstellung vorhanden sind, werden die angeforderten Dokumente per Einschreiben mit Rückschein an die Adresse des Antragstellers versandt.

Das ärztliche Sekretariat wird Ihnen telefonisch oder per E-Mail das Datum und die Uhrzeit der Übergabe mitteilen.

- Einsichtnahme vor Ort :

- Ich komme allein
- in Begleitung eines Dritten
- oder eines Arztes

Ich nehme zur Kenntnis, dass die medizinischen Informationen im Beisein eines Klinikarztes einsehen werden. Ich kann mir eine Kopie der ärztlichen Dokumente aushändigen lassen. (Dies wird zu den geltenden Preisen in Rechnung gestellt.)

Der Klinikarzt kann die Anwesenheit einer Begleitperson Ihrer Wahl bei der Einsichtnahme Ihrer Akte empfehlen, wenn er dies für erforderlich hält.

Dieses Formular ist zusammen mit den Kopien der standesamtlichen Dokumente an folgende Adresse zu senden:

**Madame La Directrice du Centre Hospitalier,
80 avenue Georges Pompidou, CS 61205 24019
Périgueux Cedex**

Erstellt in, am..... Unterschrift:

02/01/2016

Titre Formulaire de demande en allemand

kal9421

CHP

Version n°1

Seul le document diffusé sur KALIWEB fait référence, toute impression est réalisée sous la responsabilité de chacun