



**PATIENTENANTRAG AUF ZUGANG ZU BESTIMMTEN DATEN
PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (GERMAN)**

In einigen Gebieten verwahren Swedish Health Services und verbundene Unternehmen Klinikdaten von Patienten separat von Krankenhausdaten von Patienten auf. Wir senden auf Anfrage gerne eine Kopie dieses Formulars an andere Einrichtungen.

In some areas, Swedish Health Services and affiliates may store patient clinic records separately from patient hospital records. We would be glad to fax a copy of this form to other facilities upon request.

Sie können eine weitere Seite anhängen, falls Sie mehr Platz benötigen, als auf dem Anfrageformular bereitgestellt wird.

You may attach an additional page if more room is needed than provided on the request form.

Bitte reichen Sie dieses Formular bei einer dieser Einrichtungen ein, je nachdem, wo Sie versorgt wurden:

Please submit this form to one of these locations, depending on where you received care:

<p>Swedish Medical Center Release of Information 747 Broadway, Seattle, WA 98122 Telefon/ Phone: (206) 320-3850 Fax/ Fax: (206) 320-2626 E-Mail/ Email: ROI@swedish.org</p>	<p>Swedish Medical Group Telefon/ Phone: (206) 320-3025 Fax/ Fax: (478) 238-9436 E-Mail/ Email: smgroi-wa@cioxhealth.com</p>
--	--

Mit dieser Anfrage können Gebühren verbunden sein.

Fees may be associated with this request.

Wichtig: Swedish und verbundene Unternehmen drucken oder veröffentlichen keine Sozialversicherungsnummern mehr für Patienten, es sei denn, dies ist für die Abrechnung erforderlich. Sozialversicherungsnummern können aber in Patientendaten enthalten sein, die mehrere Jahre alt sind. Die von Ihnen angeforderten Daten können Ihre Sozialversicherungsnummer enthalten.



Important: Swedish and affiliates no longer print or release patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient records that are more than a few years old. The records you are requesting may include your social security number.

Die Einrichtung und deren Mitarbeiter, Führungskräfte und Ärzte werden hiermit von jeglicher rechtlicher Haftung oder Verantwortung für die Offenlegung der oben genannten Informationen im hierin angegebenen und autorisierten Umfang befreit.

The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Swedish Health Services und seine Partner diskriminieren bei ihren Gesundheitsprogrammen und Aktivitäten nicht aufgrund von Rasse, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Geschlecht, Alter oder Behinderung.

Swedish Health Services and its Affiliates do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in their health programs and activities.

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).

注意: 如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 (888) 311-9127 (Swedish Edmonds (888) 311-9178) (TTY: 711).



PATIENTENANTRAG AUF ZUGANG ZU BESTIMMTEN DATEN
PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (GERMAN)

Name des Patienten: Patient's Name: Geburtsdatum: DOB: Früher verwendete(r) Name(n): Prior Name(s) Used: Telefon: Phone: Patientenadresse: Patient's Address: Ort: City: Bundesland/Kanton: State: Postleitzahl: Zip Code: E-Mail des Patienten: Patient's Email:

Bitte senden Sie meine Unterlagen an: Mich selbst an die oben angegebenen Adresse oder den folgenden Empfänger Please disclose my records to: Myself at the address above or the following recipient Name: Anschrift: Address: Ort: City: Bundesland/Kanton: State: Postleitzahl: Zip Code: Telefon: Fax: E-Mail: Phone: Fax: Email:

Bitte senden Sie meine Unterlagen über: MyChart E-Mail Disc Papier Fax Please send my records via: MyChart Email Disc Paper Fax

Ich fordere Informationen von folgender/n Einrichtung(en) an: I am requesting information from the following facility(s):

Table with 3 columns: Liste Krankenhaus/Krankenhäuser oder Anbietername(n), UND/ODER, Liste Klinik(en) oder Anbietername(n). Includes sub-headers in German and English.



3600



SWEDISH

Patient Identification Sticker

Für den Datumsbereich von: _____ bis: _____
 For the range of dates from: _____ to: _____

Mitzuteilende Informationen:

Information to be disclosed:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anamnese und körperliche Untersuchung
History & Physical | <input type="checkbox"/> Entlassung Zusammenfassung
Discharge Summary |
| <input type="checkbox"/> OP-Bericht
Operative Report | <input type="checkbox"/> Notaufnahme
Emergency Department |
| <input type="checkbox"/> Diagnosebericht (Labor, Röntgen, EKG usw.)
Diagnostic Report (lab, x-ray, EKG, etc.) | <input type="checkbox"/> Bericht Aufzeichnungen zum
Fortschritt
Report Progress Notes |
| <input type="checkbox"/> Andere (angeben): _____
Other (specify): | <input type="checkbox"/> Nur die letzten 2 Jahre
Last 2 years only |

Mit dieser Anfrage können Gebühren verbunden sein. Einige Datensätze können nicht über MyChart empfangen werden.

Fees may be associated with this request. Some records are unavailable to receive via MyChart.

Unterschrift des Patienten: _____

(Formular ausdrucken und von Hand unterschreiben)

Patient Signature: (Print form and sign by hand)

Datum: _____

Date:

Name Vertreter: _____

Representative Name:

Datum: _____

Date:

Unterschrift Vertreter: _____

Beziehung zum Patienten: _____

Representative Signature:

Relation to Patient:

(Formular ausdrucken und von Hand unterschreiben. Bitte fügen Sie die entsprechenden Unterlagen bei.)

(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)



1ROI