



3600



SWEDISH

Patient Identification Sticker

PATIENTENANFRAGE NACH ZUGRIFF AUF BESTIMMTE DATEN/AKTEN PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (GERMAN)

In manchen Gebieten können Swedish und seine Partner klinische Patientendaten separat von den Krankenhausakten der Patienten aufbewahren.

Wir senden auf Anfrage gerne eine Kopie dieses Formulars an andere Einrichtungen.

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

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

Swedish Medical Center

Release of Information

747 Broadway

Seattle, WA 98122

Tel.: (206) 320-3850

Fax: (206) 320-2626

Swedish Medical Group

Centralized Services Department

800 5th Avenue, Suite 800

Seattle, WA 98104

Tel.: (206) 320-3025

Fax: 425-454-2935

Wichtiger Hinweis: Swedish und seine Partner drucken keine Sozialversicherungsnummern von Patienten mehr aus oder geben diese frei, außer dies ist für die Rechnungsstellung erforderlich. Sozialversicherungsnummern können aber in Patientenakten enthalten sein, die mehrere Jahre alt sind. Die Daten, die Sie anfordern, können Ihre Sozialversicherungsnummer enthalten. Mit dieser Anfrage können Gebühren verbunden sein.

Die Einrichtung, 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.

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

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie an unter 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY-Modus für Hörgeschädigte: 711).

ATTENTION: If you speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).



3600

**SWEDISH**

PATIENTENANFRAGE NACH ZUGRIFF AUF BESTIMMTE DATEN/AKTEN
 PATIENT REQUEST FOR ACCESS TO DESIGNATED RECORD SET (GERMAN)

Patient Identification Sticker

Nachname: Vorname: Zweiter Vorname:

Geburtsdatum: Andere verwendete Namen:

Aktuelle Adresse:

Ort: Bundesland/Kanton: PLZ: Tel.:

Vorherige Anschrift bei Umzug in den letzten 2 Jahren

Ort: Bundesland/Kanton: PLZ:

Senden Sie meine Daten per:
 Papier Disc MyChart E-Mail:

Empfängername: Faxnummer:

Empfängeradresse:

Ich fordere Daten von der/den folgenden Einrichtung(en) an:

Name des Krankenhauses/der Krankenhäuser/des Anbieters	Name der Klinik(en)/des Anbieters
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Für den Datumsbereich von: bis:

- Zutreffendes Paket: • Akte und ärztliche Untersuchung • OP-Bericht • Diagnoseberichte
 • Entlassungszusammenfassung • ED-Bericht • Praxisterminnotizen

CD mit Diagnosefilm (bitte Datum/Uhrzeit angeben):

Gesamte Akte

Sonstiges (angeben):

Patient/persönliche Vertretung

Hier unterzeichnen:

_____ Datum: _____

(Drucken und hier unterzeichnen)

Falls persönliche Vertretung:

Name in Druckbuchstaben:

Beschreibung der Befugnis:

Nur zur internen Verwendung

Datum

Erhalten: _____

ID bestätigt durch:
