

## Antrag auf Ausstellung der klinischen Dokumentation

An die Ärztliche Direktion des Dienstes für Basismedizin

Bitte wählen Sie eine Adresse aus:

- Bozen | W.-A.-Loew-Cadonna Platz, 12 | 39100 Bozen | Tel. 0471 909 133 | Fax 0471 909 137 | E-Mail: medbase.bz@sabes.it
- Meran | Romstr., 3 | 39012 Meran | Tel. 0473 496 746 | Fax 0473 496 748 | E-Mail: basismedizin@sabes.it
- Brixen | Romstr., 5 | 39042 Brixen | Tel. 0472 813 659 | Fax 0472 813 659 | E-Mail: basismedizin.bx@sabes.it
- Bruneck | Paternsteig, 3 | 39031 Bruneck | Tel. 0474 586 511 | Fax 0474 586 501 | E-Mail: basismedizin-bruneck@sabes.it

Der unterfertigte/Die unterfertigte .....

geboren in ..... am .....

wohnhaft in .....

Ausweisdokument Nr. .... ausgestellt von .....

am ..... Tel. ....

### beantragt

die Ausstellung einer Ablichtung der **eigenen**

Ambulanzkartei (*bitte angeben*) .....

Kartei über die Betreuung am Wohnort (*bitte angeben*) .....

die Ausstellung einer Ablichtung der Dokumentation **von** .....

geboren in ..... am .....

wohnhaft in .....

Ambulanzkartei (*bitte angeben*) .....

Kartei über die Betreuung am Wohnort (*bitte angeben*) .....

**und erklärt**

gemäß der Bestimmung von Art. 47, Absatz 3 des Einheitstextes zur Verwaltungsdokumentation (DPR Nr. 445/00), indem er/sie die zutreffenden Kästchen ankreuzt und wobei er/sie von den vorgesehenen strafrechtlichen Maßnahmen für den Fall unwahrer Erklärungen gemäß Art. 76 DPR Nr. 445/00 Kenntnis hatte:

- der Inhaber/die Inhaberin der Dokumentation zu sein
- der/die Ausübende der elterlichen Verantwortung zu sein
- der Vormund/die Vormundin der oben genannten Person zu sein
- der Sachwalter/die Sachwalterin der oben genannten Person zu sein und gemäß Ernennungsurkunde für diese Antragstellung ermächtigt worden zu sein
- der rechtliche Erbe in seiner Eigenschaft/die rechtliche Erbin in ihrer Eigenschaft als ..... zu sein
- der Bevollmächtigte/die Bevollmächtigte des Inhabers/der Inhaberin der Dokumentation zu sein (diesem Ansuchen zusätzlich beizulegen: unterschriebene Vollmacht des Inhabers/der Inhaberin und die Kopie eines gültigen Ausweisdokumentes desselben/derselben)

**Entgegennahme der Dokumentation**

Man ersucht die Kopie per Nachnahme an folgende Adresse zu senden: .....  
.....

Der Antragsteller/Die Antragstellerin holt die Kopie selbst ab.

Für den Erhalt wird ermächtigt: .....

Der/die Unterfertigte erklärt zudem vom spezifischen „Informationsschreiben zur Behandlung der personenbezogenen Daten für die Ausstellung der klinischen Dokumentation“, welches im antragentgegennehmenden Büro und auf dem Link <http://www.sabes.it/de/informationsdienste.asp> zur Einsicht aufliegt, Kenntnis zu haben.

Ort und Datum .....

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

**Anlage:** Kopie gültiges Ausweisdokument des Antragstellers/der Antragstellerin

**Aushändigung der Dokumentation**

Der unterfertigte/Die unterfertigte .....  
geboren in ..... am .....  
wohnhaft in .....  
Ausweisdokument Nr. .... ausgestellt von .....  
am ..... hat die Dokumentation am ..... entgegengenommen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Empfängers/der Empfängerin