

ANSUCHEN UM ÜBERMITTLUNG DES BEFUNDES DURCH POSTZUSENDUNG

Die/der unterfertigte _____ geb. am _____
ersucht, nachdem sie/er die Facharztleistungen bezahlt hat, um die direkte Übermittlung der Befunde der
klinischen/diagnostischen Untersuchung, durchgeführt am _____ in der
Abteilung _____ an **folgende Adresse** (in Blockschrift ausfüllen):
Strasse _____ Nr. _____
PLZ _____ Ort _____

wie folgt:

BRIEF (POSTA ORDINARIA) - Kosten zu Lasten des Empfängers für:

Inland

Ausland

☐ Klinische Befunde, Laborproben und CDs mit Bildern der Radiologie	bis zu 20 g	0,95 €	1,35 €
	bis zu 100 g	3,50 €	4,50 €
	über 100 g	3,80 €	6,35 €

EINSCHREIBEBRIEF - Kosten zu Lasten des Empfängers für:

☐ Klinische Befunde, Laborproben und CDs mit Bildern der Radiologie	bis zu 20 g	4,30 €	7,65 €
	bis zu 100 g	5,70 €	10,20 €
	über 100 g	6,90 €	11,35 €

Die/der Unterfertigte, erklärt weiters, im Sinne des Legislativdekretes Nr. 196/2003, in geltender Fassung, das die Verwendung der persönlichen Daten regelt, dass sie/er die Zustellung der obgenannten klinischen Befunde nach den Datenschutzbestimmungen der Post, die die Zustellung auch an andere Personen als den Empfänger vorsieht, die sich am Wohnort befinden (z. B. Familienmitglieder, Zusammenlebende, Hausmeister usw.) und im Falle der Zusendung mit Priorität mit dem Einwurf in den Briefkasten zustimmt.

Die/der Unterfertigte, erklärt weiters:

den obgenannten Betrieb von jeglicher Verantwortung, im Falle von Verlust, Verspätung, Nichtzustellung, evtl. Vergehen gegen das Datenschutzgesetz oder anderen Gründen, die aufgrund der Zustellung des Befundes mittels Priorität oder Einschreiben entstehen können, zu entheben

Datum _____ Unterschrift _____

Der/Die Beamte/in beglaubigt die Identität des Ansuchenden (Identitätskarte, Reisepass, Führerschein).

Unterschrift des/der Beamten/in _____