

**Antwortfax an: +43 57979 5306**

Burgenländische Krankenanstalten Ges.m.b.H.  
Josef Hyrtl-Platz 4, 7000 Eisenstadt

## **Antrag für die Teilnahme am elektronischen Befundversand der KRAGES**

Mit diesem Schreiben erkläre ich mich bis auf Widerruf bereit, medizinische Dokumente von den Krankenhäusern der Burgenländische Krankenanstalten Gesellschaft m.b.H. über meinen Befundprovider elektronisch zu empfangen.

Nach einer Übergangsphase von einem Monat nach Inbetriebnahme wird die Übermittlung, so kein Einspruch meinerseits erfolgt, ausschließlich elektronisch erfolgen.

### **Absender:**

---

Name

Vorname

---

Organisation

---

Adresse

---

Tel.

Fax

---

E-Mail

---

Vertragspartner ID. (ME-Nummer)

---

Ort/Datum

Unterschrift

Für weitere Fragen stehen die KRAGES-Mitarbeiter gerne unter [befundversand@krages.at](mailto:befundversand@krages.at) zur Verfügung. Herzlichen Dank.