

## Ermächtigung

### *Abholung der Patientenakten durch Drittpersonen*

Hiermit ermächtige ich die Doktor Zentrum Wettingen AG, meine Patientenakte der untenstehenden Person auszuhändigen.

#### Patientendaten

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

#### Bevollmächtigte Person

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Die bevollmächtigte Person muss einen gültigen Ausweis zur Identifikation vorzulegen.

**Ich verpflichte mich, die erhaltenen Akten für einen Zeitraum von 20 Jahren aufzubewahren und befreie die Doktor Zentrum Wettingen AG hiermit ausdrücklich von der gesetzlichen und vertraglichen Aufbewahrungspflicht.**

**Mit der Herausgabe der Patientenakten erlöschen sämtliche Verantwortung unserer Praxis hinsichtlich Ihrer Akte. Das bedeutet, dass ab diesem Zeitpunkt keine Anfragen, Berichte oder sonstige medizinische Dokumente mehr von unserer Praxis bearbeitet oder weitergeleitet werden können.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular zusammen mit einer Kopie eines amtlichen Ausweises zurück an uns.

**Doktor Zentrum Wettingen AG**

Bahnhofstrasse 88  
CH-5430 Wettingen

Tel. +41 (0) 56 437 80 00  
Fax +41 (0) 56 437 80 01

[www.doktorzentrum.ch/wettingen](http://www.doktorzentrum.ch/wettingen)  
[doktorzentrum.wettingen@hin.ch](mailto:doktorzentrum.wettingen@hin.ch)

*Durch die Doktor Zentrum Wettingen AG auszufüllen*

Mandant: \_\_\_\_\_

Bereitstellung (Datum & MPA): \_\_\_\_\_

Herausgabe (Datum & MPA): \_\_\_\_\_