

## Ermächtigung

### Versand der Patientenakten per Post

Bahnhofstrasse 88  
CH-5430 Wettingen

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

www.doktorzentrum.ch/wettingen  
doktorzentrum.wettingen@hin.ch

Hiermit ermächtige ich die Doktor Zentrum Wettingen AG,  
mir meine Patientenakte an die unten aufgeführte Adresse zuzusenden.

**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.**

Aus Datenschutzgründen empfehlen wir Ihnen, dass wir Ihnen Ihre Akten per Einschreiben zusenden. Die Kosten hierfür betragen CHF 10.- und werden Ihnen in Rechnung gestellt. Alternativ können Sie sich auch für den Versand per A-Post (auf eigene Verantwortung) entscheiden.

### Zustellvariante

- Einschreiben
- A-Post

### Patientendaten

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

### Zustellung an

- Patient/in (s. oben)
- Folgende Adresse: \_\_\_\_\_

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

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

Durch die Doktor Zentrum Wettingen AG auszufüllen

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

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

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