

Ermächtigung

Herausgabe der Patientenakten von meinem vorherigen Hausarzt

Patientendaten

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____
PLZ/Ort _____
Telefonnummer _____
E-Mail _____

Ich bestätige, dass ich die Patientenakten von meinem vorherigen Hausarzt in der ursprünglichen Form (digitales Speichermedium/Papierform) zurückerhalten habe. 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.

Die Patientenakte wird nur gegen Vorlage eines gültigen Ausweisdokuments abgegeben. Ohne Identifikation können keine Unterlagen ausgehändigt werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Durch die Doktor Zentrum Wettingen AG auszufüllen

Mandant: _____

Bereitstellung (Datum & MPA): _____

Herausgabe (Datum & MPA): _____