

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
doktorzentrum.wettingen@hin.ch

Ermächtigung *Herausgabe der Patientenakten*

Patientendaten

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

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.

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): _____