

**Bitte bringen Sie dieses  
Dokument beim Abholen  
der Patientenakten mit**

Datum:

## **Ermächtigung Abholung der Patientenakten durch Drittperson**

Hiermit ermächtige ich folgende Person:

\_\_\_\_\_ **(Name, Vorname & Geb. Datum)**

*(Wir bitten Sie einen gültigen Ausweis von Ihnen mitzunehmen & eine Kopie der ID des Patienten/ der Patientin)*

meine Patientenakten in der **Hausarztpraxis MZB AG** abzuholen. Ich verpflichte mich, meine Akten 20 Jahre lang aufzubewahren.

### ***Für den Patient/ die Patientin (auszufüllen):***

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Name medizinische Praxisassistentin:

Ort, Datum:

Unterschrift: