

**Bitte senden Sie dieses  
Dokument inkl. einer Kopie  
der ID an uns zurück**  
(mpa@hausarztmzb.ch)

Datum:

## Ermächtigung zum Versand der Patientenakten per Post

Hiermit ermächtige ich die [Hausarztpraxis MZB AG](#) mir meine Patientenakten an die unten aufgeführte Adresse zukommen zu lassen. Ich verpflichte mich, die Akten 20 Jahre lang aufzubewahren.

Aus Datenschutzgründen empfehlen wir Ihnen, dass wir Ihnen Ihre Akten per Einschreiben schicken. Die Kosten hierfür müssen wir Ihnen in Rechnung stellen.

Ich wünsche folgende Zustell-Variante:

- o **Per A-Post** (*auf eigene Verantwortung, es besteht keine Garantie der Zustellung*)
- o **Per Einschreiben** (*Kosten: ca. CHF 6.00 - 10.00*)

### Patientendaten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Name medizinische Praxisassistentin:  
Ort, Datum:

Unterschrift: