

Ermächtigung Abholung der Patientenakten durch Drittpersonen

Wir möchten Sie darüber informieren, dass zukünftig eingehende Berichte / Anfragen nicht mehr durch uns bearbeitet werden.

Hiermit ermächtige ich (Patient:in)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

folgende Person:

_____ (Name, Vorname, Geb. Datum)
(Es ist zwingend notwendig, einen gültigen Ausweis von Ihnen und eine Kopie der ID des Patienten/
der Patientin mitzunehmen)

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

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bitte bringen Sie dieses Dokument beim Abholen der Patientenakten mit