

**Herausgabe meiner Patientenakte (pro Person zwingend ein Formular ausfüllen)**

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Als Patientin/Patient haben Sie das Recht, Ihre Patientenakte kostenlos einzusehen und sich eine Kopie herausgeben zu lassen.

Mit Unterzeichnung dieses Formulars beantragen Sie die Herausgabe einer Kopie Ihrer Patientenakte. Bitte legen Sie eine **Kopie Ihres Ausweises** (ID oder Pass) dem ausgefüllten und unterzeichneten Formular bei und stellen Sie uns beides per Post oder per E-Mail zu. Dies gilt auch für gesetzliche Vertreter und bevollmächtigte Personen, welche zusätzlich eine Kopie Ihrer Vollmacht beilegen müssen.

Sie erhalten die Kopie Ihrer Patientenakte innerhalb von 30 Tagen per A-Post (eingeschrieben) an Ihre Adresse oder an die Adresse Ihrer neuen Praxis zugestellt. Bitte geben Sie unten die gewünschte Adresse an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift Patientin / Patient

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift des gesetzlichen Vertreters  
/ Bevollmächtigten

Bitte geben Sie hier Ihre aktuelle Adresse oder, bei Versand an eine neue Praxis, den Namen und die Adresse der neuen Praxis an:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_