



Abgabe medizinischer Unterlagen

Einverständniserklärung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Bisheriger Arzt:

E-Mail Adresse (erforderlich bei Option 1):

Ich entbinde das Arcus Praxiszentrum AG von der Aufbewahrungspflicht meiner medizinischen Akten.

- Ich wünsche die Unterlagen per E-Mail an meine E-Mail Adresse. (Ihre E-Mail ist nicht geschützt, nähere Informationen entnehmen Sie von unseren Datenschutzinformationen)
- Ich hole die Akten für meine/n zukünftige/n Ärztin/ Arzt persönlich in der Praxis ab. (USB Stick, muss bei der zukünftigen Praxis abgeklärt werden, ob dies akzeptiert ist)
 - Meine Akten werden für mich von _____ abgeholt.
(Name, Beziehung zum/zur Patient*in, Telefonnummer)
- Ich wünsche die Akten an meine/n zukünftige/n Ärztin/ Arzt per E-Mail. (HIN-geschützte E-Mail Adresse erforderlich).
 - Name der Praxis und der/dem behandelnden Arzt/Ärztin

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle nötigen Informationen erhalten habe und damit einverstanden bin.
Ich erlaube die Weitergabe meiner Akten, gemäss meinem Einverständnis.

Datum, Ort:

Unterschrift: