

## Antrag Herausgabe medizinisches Patientendossier

Bitte den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag im Ärztezentrum abgeben.

### Patienteninformationen

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname

Nachname

Geschlecht  m  w  d

Geburtsdatum

Strasse und Nr.

PLZ und Wohnort

Telefon

E-Mail

### Gesetzliche Vertretung

(falls gegeben)

Vorname

Nachname

Bezug zu Patient/in

Geburtsdatum

Tel./Mobil

E-Mail

### Angaben zur Anforderung

- Kopie** des medizinischen Patientendossiers.
- Medizinisches Patientendossier im **Original**; hiermit befreie ich die Medvadis AG von der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht.

**Visum Antragssteller/in** \_\_\_\_\_

Zeitraum der angeforderten Unterlagen (optional): \_\_\_\_\_  
(z.B.: ab dem 01.03.2022)

## Übermittlung der Unterlagen

Weiterleitung an eine andere medizinische Einrichtung.

Name der Einrichtung

---

Strasse und Nr.

PLZ und Wohnort

---

Telefon

---

- Persönliche Abholung im Ärztezentrum. Die Unterlagen werden auf einem USB-Stick ausgehändigt.
- Zusendung per E-Mail (PDF). Nur möglich, wenn alle Dokumente digital sind und der Umfang den Versand zulässt. Gemäss Einwilligung auf dem Patientenstammblatt.
- Zusendung per Post an die auf der ersten Seite genannte Adresse. Versand per Einschreiben. Die Medvadis AG übernimmt keine Haftung bei Verlust.

## Einverständniserklärung

Ich bestätige hiermit, dass ich der/die auf der ersten Seite genannte/r Patient/in bin. Ich beantrage die Herausgabe der medizinischen Akten und bestätige, dass die Angaben in diesem Formular korrekt sind. Mir ist bekannt, dass für die Anfertigung von Kopien im Ausnahmefall Gebühren anfallen können. In diesem Fall werde ich vorgängig informiert.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in:

---

## Hinweise

- Die Bearbeitung dieser Anfrage kann bis zu 30 Tage dauern.
- Bitte legen Sie bei der Abgabe dieses Dokumentes einen gültigen amtlichen Ausweis vor.
- Im Falle der Übergabe der Unterlagen vor Ort, muss wiederholt ein amtlicher Ausweis gezeigt werden.
- Falls eine Vollmacht an eine andere Person erteilt wird, muss zusätzlich das entsprechende Formular für die Vollmacht ausgefüllt und unterschrieben werden.

---

## INTERN, bitte nicht ausfüllen

- Die Unterlagen wurden vom behandelnden oder stellvertretenden Arzt/Ärztin freigegeben.
- Der/die Patient/in oder die gesetzliche Vertretung wurde mittels amtlichen Ausweises bei Erhalt des Gesuchs identifiziert.  
Ausweis-Nummer: \_\_\_\_\_
- Im Falle der **Übergabe der Akten vor Ort**; der/die Patient/in wurde mittels amtlichen Ausweises identifiziert.  
Ausweis-Nummer: \_\_\_\_\_
- Im Falle eines Postversandes; die Quittung des Einschreibens wurde eingescannt.