

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**; zur Erfüllung der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten wird die Medvadis AG Kopien des medizinischen Patientendossiers aufbewahren.

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

Tel./Mobil

E-Mail

- Persönliche Abholung im Ärztezentrum. Die Unterlagen werden auf einem USB-Stick ausgehändigt.
- Zusendung per verschlüsselter E-Mail (PDF). Nur möglich, wenn alle Dokumente digital sind und der Umfang den Versand zulässt.
- Zusendung per Post (Einschreiben) an die auf der ersten Seite genannte Adresse.
Die Medvadis AG übernimmt keine Haftung bei Verlust. Kosten für Porto und Aufwand (CHF 15.–) gehen zu Lasten des Empfängers.

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.