

Wechsel zu einer anderen Arztpraxis

Ich möchte zu einer anderen Arztpraxis wechseln

- wegen Umzug
 Anders _____ (Angabe freiwillig)

Patient*in

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Wohnadresse PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Geschwister:

Bitte ankreuzen:

- Ich wünsche **Abholung der Patientenakten in Papierform.**
Termin: _____ (maximal 1 Monat)
 Dabei nehme ich zur Kenntnis, dass ich nach der Entgegennahme der Akten, für allfällige Verluste oder Beschädigungen selbst verantwortlich bin. Ich verzichte auf sämtliche Ansprüche aus dem Behandlungsverhältnis.

oder

- Ich wünsche **direkte Weitergabe der Patientenakten** per E-Mail (Eltern): _____
 und verzichte auf sämtliche Ansprüche aus dem Behandlungsverhältnis.

oder

- Ich wünsche **direkte Weitergabe der Patientenakten** an folgende Praxis und verzichte auf sämtliche Ansprüche aus dem Behandlungsverhältnis.

Neue Arztpraxis

Praxis Name	
Arzt/ Ärztin	
Adresse PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in bzw. Elternteil bei Kinder
