

Wechsel zu einer anderen Arztpraxis

Ich möchte zu einer anderen Arztpraxis wechseln

- ☐ wegen Umzug
- ☐ Bessere Erreichbarkeit/Entfernung
- ☐ Unzufriedenheit mit dem Arzt/Ärztin
- ☐ Unzufriedenheit mit dem Praxispersonal (MPA)
- ☐ Verfügbarkeit von Terminen
- ☐ Anders _____

Patient*in

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Wohnadresse PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	
Karten-Nr. (Krankenkasse)	

Die Vorbereitung der Patientenakte kann bis zu 1 Monat dauern.

Bitte ankreuzen:

- ☐ Ich wünsche **Abholung der Patientenakten in Papierform**.
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.
Sobald Ihre Akte abholbereit ist, werden wir Sie kontaktieren.

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
