

Dr. med. Andrea von Reis
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Franz-Krämer-Str. 2, 82229 Seefeld
Tel: 08152-98 05 98, Fax: 08152-98 05 99

Anforderung von Patientenakten

Patient:

Geburtsdatum:

Aktuelle Adresse:

.....

Ich bitte um Übermittlung meiner Patientenakte an meinen neuen Hausarzt:

Name des Arztes:.....

Adresse:.....

Telefonnummer:..... Faxnummer:.....

Die Schweigepflichtentbindung gegenüber der neuen Praxis liegt bei

Oder: Die Schweigepflichtentbindung wird vom neuen Hausarzt übermittelt

Ich bitte um Aushändigung meiner Patientenakte an mich persönlich

Per Fax (bitte Einverständniserklärung umseitig ausfüllen)

Als Papierkopie

(Bei Papierkopien der Unterlagen: insgesamt Kopierseiten erhalten)

.....

Datum

.....

Unterschrift Patient

.....

Erledigt / Datum

.....

Unterschrift Mitarbeiter

Einverständniserklärung:

Patient:

Geburtsdatum:

Übermittlung per Fax

Ich willige ein, dass die Übermittlung meiner Patientenunterlagen auf meinen Wunsch hin per Fax an folgende

Faxnummer _____ erfolgen kann.

Ich wurde darüber informiert, dass die Übermittlung nicht verschlüsselt erfolgt und es nicht ausgeschlossen werden kann, dass dritte Personen das Fax mitlesen können. Der Arzt übernimmt keine Kontrolle und Verantwortung.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht. Ich bin dennoch bei Bedarf (bei Anforderung durch den Patienten) mit der Übermittlung einverstanden.

Ja

Nein

Abholung durch eine bevollmächtigte Person

Mit der Abholung meiner Patientenunterlagen bevollmächtige ich folgende Person (weitere Personen bitte zusätzlich eintragen)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ja

Nein

Weitere Personen:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ja

Nein

.....

.....

Datum

Unterschrift Patient