Ihr Vor- und Nachname

Strasse

PLZ Ort
E-Mail

 **Einschreiben**

 Empfänger (Spital, Apotheke usw.)

 Fachperson oder Abteilung

 Strasse

 PLZ Ort

 [[Ort und Datum angeben]]

**Meine medizinischen Dokumente**

Sehr geehrte Damen und Herren

Ich möchte mein **elektronisches Patienten-Dossier** (EPD) ergänzen.

**Ich wünsche:**

[ ]  alle medizinischen Dokumente

[ ]  die medizinischen Dokumente ab dem [[hier Datum angeben]].

[ ]  nur folgende Dokumente: [[hier angeben]].

**Senden Sie meine Dokumente:**

[ ]  **elektronisch** (in mein Patienten-Dossier oder per E-Mail))

[ ]  **per Post** an meine Adresse (als Einschreiben)

Hinweis: Ich darf meine medizinischen Dokumente sehen
und an medizinische Fachpersonen weiterleiten.
So steht es im Datenschutz-Gesetz.

Vielen Dank und freundliche Grüsse

Unterschrift Patient/in Unterschrift gesetzl. Vertreter/in

[[hier unterschreiben]] [[hier unterschreiben]]

Beilage: Kopie Identitäts-Ausweis (Pass, ID, Ausländer-Ausweis.)