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.)