



Formular für Anforderung der Krankengeschichte

Zur Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften bitten wir Sie, für die Anforderung Ihrer Krankengeschichte dieses Formular auszufüllen. Sie können uns dieses per Post (Dermatologisches Zentrum Zürich, Beckenhofstrasse 6, 8006 Zürich) zusammen mit einer Kopie eines amtlichen Ausweises zustellen oder die Unterlagen persönlich in der Praxis abgeben.

Bei minderjährigen Patienten ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters mit entsprechend beiden Ausweiskopien erforderlich.

Ich wünsche einen zusammenfassenden Bericht

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer

Gewünschte Zustellungsart:

- Per Post
- Per Email auf diese Adresse: ----- (HIN-verschlüsselt)
- Ich hole die Unterlagen in der Praxis ab (Sie werden von uns informiert, sobald die Unterlagen zur Abholung bereit sind)

Bitte beachten Sie, dass das Formular nur mit einer Kopie eines amtlichen Ausweises gültig ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Ihr Anliegen wird schnellstmöglich, aber mindestens innerhalb der gesetzlichen Frist von 30 Tagen bearbeitet.