



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.

Name

Vornamen

Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer

E-mail

GEWÜNSCHTE ZUSTELLUNGSTART



Per Post

Per E-mail auf obenstehende
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.

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

Ort, Datum

Unterschrift