

## Anforderung meiner Krankengeschichte

Hiermit bitte ich um Zustellung meiner Krankengeschichte an meine untenstehende Emailadresse.

### 1. Patientendaten

Die Krankengeschichte betrifft die folgende Patientin/den folgenden Patienten  
(bitte mit Computer oder handschriftlich gut leserlich mit Druckbuchstaben ausfüllen):

#### Vorname, Name

der Patientin/des Patienten .....

#### Geburtsdatum

der Patientin/des Patienten .....

### 2. Kontaktangaben der Patientin/des Patienten

#### Telefonnummer

.....

#### E-Mail-Adresse

.....

#### Adresse

Strasse, Nummer, PLZ, Ort .....

.....

### 3. Ausweiskopie und Unterschrift

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die berechtigte Person (=Patientin/Patient) bin und lege zu meiner Legitimation die **Kopie eines amtlichen Ausweises** (Reisepass oder Identitätskarte) bei.

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....

.....

### 4. Kontrolle und Einsendung

Nicht vergessen: Kopie eines amtlichen Ausweises beilegen!

Ohne Ausweiskopie wird Ihre Anfrage nicht bearbeitet.

→ Formular plus Ausweisdokument einscannen und digital senden an: praxis.schlup@hin.ch