

Dr. med. Suzanne C. Aebi

## Einverständniserklärung Abgabe von Patientendaten

Patientin Name, Vorname : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Adresse, Wohnort : \_\_\_\_\_

Persönliche Email-Adresse : \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass Frau Dr. med. Suzanne C. Aebi, zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung, meine Patientendaten an meine nachfolgende Ärztin oder Arzt weiterleitet.

Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_

Für die Bereitstellung und den Versand der Patientenunterlagen ist mit circa 4 Arbeitswochen zu rechnen.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift der Patientin: \_\_\_\_\_

Gemäss den Richtlinien des aktuellen Datenschutzgesetz (DSG) bitten wir Sie eine Kopie Ihrer Identitätskarte oder Ihres Reisepasses beizulegen.

Bemerkungen: \_\_\_\_\_