Vor- und Nachname

Strasse

PLZ Ort

 *Einschreiben*

 Gesundheitseinrichtung

 Fachperson oder Abteilung

 Strasse

 PLZ Ort

 Ort und Datum

**Gesuch um Einsicht ins Patientendossier**

Sehr geehrte Damen und Herren

Aufgrund der eidgenössischen und kantonalen Bestimmungen in den Bereichen Datenschutz und Patientenrechte ersuche ich Sie hiermit um Zugriff auf mein Patientendossier und bitte Sie, mir innert 30 Tagen Folgendes zuzustellen:

[ ]  mein gesamtes Patientendossier

[ ]  alle medizinischen Unterlagen aus meinem Patientendossier seit dem TT.MM.JJ

[ ]  nur die folgenden Dokumente:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Bitte stellen Sie mir diese Unterlagen wie folgt zu:

[ ]  in digitalisierter Form auf mein elektronisches Patientendossier (EPD) oder via gesicherte E-Mail

[ ]  per Einschreiben auf Papier

Vielen Dank für Ihre Rückmeldung und freundliche Grüsse

 Name und Unterschrift

*Beilage: Kopie meines Identitätsausweises*