Rotkreuz,

**Herausgabe medizinischer Krankengeschichte**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Komplette Angaben ergänzen (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefon, E-Mail)*

Ich bitte um Herausgabe meiner vollständigen Krankengeschichte.

Hiermit bestätige ich, dass ich diese erhalten habe und befreie Sie ausdrücklich von Ihrer gesetzlichen und vertraglichen Aufbewahrungspflicht.

Ich bin mir bewusst, dass ich für allfällige Verluste und Beschädigungen selbst verantwortlich bin.

Ich verzichte auf sämtliche Ansprüche aus dem Behandlungsverhältnis, insbesondere auch auf Schadenersatz- und Genugtuungsansprüche wegen allfälliger Behandlungsfehler.

[ ]  Meine Krankengeschichte wurde mir auf einen selbst mitgebracht und original verpackten USB-Stick kopiert und ausgehändigt. **KOSTENLOS**

[ ]  Meine Krankengeschichte wurde mir auf einen speziell für die Praxis Dr. Scheiwiller angefertigten USB-Stick kopiert und ausgehändigt. **KOSTEN: 10.- FR / STICK** (Für 1 Erwachsener oder 1 Erwachsener inkl. Kinder <18 Jahren)

**Ort, Datum Name und Unterschrift Patient/in**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name und Unterschrift Bevollmächtiger**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**