
Vorname und Name Patient

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Elklinik MVZ GmbH
Elchingerstr. 18

89275 Elchingen

Arztwechsel

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine medizinische Betreuung wird ab sofort von einem anderen Arzt / einer anderen Arztpraxis übernommen. Ich bitte daher, meine Patientenakte an meinen neuen behandelnden Arzt / Arztpraxis weiterzuleiten. Insoweit entbinde ich von der ärztlichen Schweigepflicht. Die Kontaktdaten des neuen Arztes/Arztpraxis lauten:

Name Arzt / Arztpraxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Die Einwilligung zur Weiterleitung meiner Patientenakte erteile ich hiermit ausdrücklich.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Datum _____

Dieses Formular muss **vollständig** ausgefüllt werden. Alle Felder sind Pflichtfelder. Das Formular muss danach ausgedruckt und **eigenhändig unterschrieben** und entweder postalisch verschickt oder in der Praxis abgegeben werden. Für jede Person / jeden Patienten wird ein eigenes Formular benötigt.