

## Anforderung von Patientenakten

### Hiermit bitte ich

Name: \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

### die Praxis

Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

meine geführten Patientenakten (Patientenunterlagen und -daten inklusive Befunde und Bilder) auf die Praxis Dr. Tobias Stöckle, Facharzt für Allgemeinmedizin, Kohlplattenweg 18, 72074 Tübingen, zu übertragen, da ich mich dort weitebehandeln lassen möchte.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreters

(bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr ist die Unterschrift des gesetzl. Vertreters erforderlich)