Name Vorname

Strasse

PLZ Ort

Dr. med. Walter O. Frey

Sportmedizin / Rehabilitation

Klinik Hirslanden

Witellikerstrasse 40

8032 Zürich

Ort und Datum

**Betreff: Anforderung Krankenakte**

Name, Vorname, Geburtsdatum

Sehr geehrte Damen und Herren,

Mit meiner Unterschrift\* erteile ich obenstehender Praxis die Vollmacht, meine vollständigen Behandlungsunterlagen (Krankengeschichte, Abklärungen und Befunde, Arztberichte, Laborergebnisse, EKG, Leistungstests, Spirometrien, Röntgenunterlagen) anzufordern. (in elektronischer oder gedruckter Form).

Mit freundlichen Grüßen

Vorname, Name

\*Bei minderjährigen Patientinnen / Patienten unterschreibt die erziehungsberechtigte Person.