SOLE CHIRURGIE

Einverständniserklärung
zur Übermittlung von Patientenakten

Dr. med. Paolo Abitabile
FMH Chirurgie
Spezialist für Viszeralchirurgie

SoleChirurgie
Roberstenstrasse 31
CH-4310 Rheinfelden

T: +41 61 566 00 00
F: +41 61 566 00 10
solechirurgie@hin.ch

www.solechirurgie.ch

An die Praxis
oder das Spital: .....

.....

.....

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

.....

.....

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Patientenakten an die obige Adresse von SoleChirurgie übermittelt werden.

Ort: ..... Datum: .....

.....

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters:

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

GIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRU
RURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECH
HIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLECHIRURGIESOLE