

Bitte füllen Sie das folgende Formular aus, um NovaSwissMed die Vollmacht zur Weitergabe Ihrer medizinischen Daten zu erteilen.

Die Daten werden ausschließlich im Rahmen Ihrer medizinischen Versorgung an zur Behandlung erforderliche medizinische Institutionen weitergeleitet.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum: Geschlecht:

Adresse (Strasse und Hausnummer):

PLZ: Stadt: Land:

Telefonnummer: Reisepassnummer:

E-Mail-Adresse:

ERKLÄRUNG ZUR VOLLMACHT:

Ich erteile hiermit NovaSwissMed, vertreten durch Herrn Mohammad Kheir Naji, die Vollmacht, meine medizinischen Daten an andere beteiligte medizinische Stellen weiterzugeben. Die Weitergabe erfolgt ausschließlich zur Abklärung, Behandlung und Koordination meiner medizinischen Versorgung und ist auf die dafür erforderlichen Institutionen beschränkt.

Ich bestätige, dass alle von mir gemachten Angaben vollständig, richtig und der Wahrheit entsprechend sind.

Diese Vollmacht wird mit meiner Unterschrift – ob digital bestätigt oder handschriftlich unterschrieben – rechtsverbindlich.

Ich erkläre mich mit der elektronischen Weitergabe meiner medizinischen Daten einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift (Patient):

Unterschrift der bevollmächtigten
Stelle NovaSwissMed: