

Auftrag

Auftragnehmerin: Dermaestetik HealthCare AG
Division: dermaestetik / Taskesen Dermatologie
Nüscherstrasse 30
8001 Zürich

Auftraggeber, *, -in: Vorname _____
Nachname _____
Strasse _____
PLZ / Ort _____

Der/Die Auftraggeber, *, -in beauftragt die Auftragnehmerin (Dermaestetik HealthCare AG) bei folgendem/-r Arzt/Ärztin/Arztpraxis/ambulanten ärztlichen Institution,

meine vollständige Patientenakte anzufordern und sämtliche medizinisch relevanten Informationen einzuholen.

Zu ausschliesslich diesem Zweck und ausschliesslich gegenüber der Dermaestetik HealthCare AG und Ihren Mitarbeitern werden der/die Arzt/Ärztin/Arztpraxis/ambulanten ärztlichen Institution von der Schweigepflicht entbunden.

Ort, Datum, Unterschrift