

Antrag auf Auflösung Stellvertretung eines xsana-Patientendossiers

Bitte für gesetzliche Stellvertretungen separates Dokument nutzen (www.xsana.ch)

Angaben zum Patienten, für den die Stellvertretung aufgelöst werden soll:

Name*:	<input type="text"/>
Vorname*:	<input type="text"/>
Geburtsdatum*:	<input type="text"/>
Geschlecht*: (männlich/weiblich/andere)	<input type="text"/>
Strasse/Postfach*:	<input type="text"/>
Postleitzahl und Wohnsitz*:	<input type="text"/>
Land*:	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse*:	<input type="text"/>
Mobiltelefonnummer*:	<input type="text"/>

Angaben zur Stellvertretung, die aufgelöst werden soll:

Name*:	<input type="text"/>
Vorname*:	<input type="text"/>
Geburtsdatum*:	<input type="text"/>
Geschlecht*: (männlich/weiblich/andere)	<input type="text"/>
Strasse/Postfach*:	<input type="text"/>
Postleitzahl und Wohnsitz*:	<input type="text"/>
Land*:	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse*:	<input type="text"/>
Mobiltelefonnummer*:	<input type="text"/>

* Pflichtfeld

Bestätigung Auflösung Stellvertretung

Mit meiner Unterschrift stimme ich zu, dass die Stellvertretung auf meinem xsana-EPD durch die oben genannte Stellvertretung aufgelöst wird.

Datum:

Unterschrift Patient:

Notwendige Unterlagen:

- Kopie amtlicher Ausweis Patient

Einsenden an: axsana AG, XAD-Stammgemeinschaft, Technoparkstrasse 1, 8005 Zürich

Auszufüllen durch Zentrale Dienste der Stammgemeinschaft:

Antrag auf Auflösung Stellvertretung eingegangen:

Datum / Kürzel

Prüfung Formular durchgeführt:

Datum / Kürzel

Stellvertretung aufgelöst (PADM, Datum, Unterschrift):

Datum / Kürzel