

# Antrag auf Auflösung Stellvertretung eines Patientendossiers

Bitte für gesetzliche Stellvertretungen separates Dokument nutzen ([www.post-sanela.ch](http://www.post-sanela.ch))

## Angaben zum Patienten, für welchen die Stellvertretung in dessen Patientendossier aufgelöst werden soll:

Name*:	<input type="text"/>
Vorname*:	<input type="text"/>
Geburtsdatum*:	<input type="text"/>
Geschlecht*: (männlich/weiblich/andere)	<input type="text"/>
Strasse *:	<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*:	<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 oben genannte Stellvertretung auf dem EPD aufgelöst wird.

Datum:

Unterschrift Patient oder  
Stellvertretung:

Notwendige Unterlagen:

- ☐ Kopie amtlicher Ausweis Patient oder Stellvertretung

Einsenden an: Post Sanela AG, XAD-Stammgemeinschaft, Pfingstweidstrasse 60b, 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