

Beendigung Praxistätigkeit/Verwahrung Patientenakten

Name, Vorname: _____

Mitgliedsnummer: _____
.....

Aufgabe der Praxis zum: _____

Verwahrungsort der Patientenakten: _____

Die Aufbewahrung der Patientenakten muss gemäß § 9 Absatz 3 BO-OPK über die Dauer von 10 Jahren nach Beendigung der Behandlung gesichert sein.

.....

Nach Beendigung meiner Praxistätigkeit bin ich:

in Pension / Ruhestand seit: _____

in Elternzeit: von _____ bis _____

arbeitsunfähig seit: _____

arbeitslos seit: _____

selbständig tätig _____

(vollständige Dienst-/Praxisanschrift)

angestellt / verbeamtet tätig _____

(vollständige Dienst-/Praxisanschrift)

Ort, Datum

Unterschrift