

## 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