|  |
| --- |
|  |

**Gesuch um Befreiung von der beruflichen Schweigepflicht**

Hiermit ersuche ich Sie, mich in der folgenden Angelegenheit von der beruflichen Schweigepflicht zu befreien:

1. Gesuchstellerin/Gesuchsteller (Geheimnisträgerin/Geheimnisträger)

Name

Vorname

Beruf/Titel

Institution

Funktion

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

Fax

1. Weitere zu befreiende Person/en

Name

Vorname

Beruf/Titel

Institution

Funktion

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

Fax

Begründung

**Hinweise:**

* Personen, die zur Geheimhaltung verpflichtet sind, sind gegenüber der beauftragten Inkassostelle und den zuständigen Behörden vom Berufsgeheimnis befreit, um streitige Forderung aus dem Behandlungsverhältnis durchzusetzen (Art. 25 Abs. 2 Gesundheitsgesetz). In solchen Fällen ist keine Befreiung durch die Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion erforderlich.
* Wir bitten Sie, dieses Formular aus Datenschutzgründen per Post einzureichen.

1. Patientin/Patient (Geheimnisherr/in)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Ort

Falls verstorben

Todesdatum

Allfällige gesetzliche Vertretung (Name, Adresse, Telefon)

Vorübergehender Aufenthalt bei (Name, Adresse, Telefon)

1. Wem soll das Geheimnis offenbart werden?

Z. B. den Angehörigen, der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB), den Strafverfolgungsbehörden usw.; **sämtliche Personen/Institutionen sind mit Namen und Adressen aufzuführen.**

1. Begründung des Gesuchs

Darstellung des Sachverhalts (Diagnose, Behandlungsart, -dauer usw.)

Weshalb und in welchem Ausmass soll das Geheimnis den oben erwähnten Personen und/oder Institutionen offenbart werden?

1. Sind weitere nahe Angehörige bekannt, die über eine allfällige Entbindung informiert werden müssen (Name, Adresse, Telefon)?

1. Weshalb kann die Einwilligung der Patientin oder des Patienten nicht eingeholt werden?

1. Bestätigung

Ich bestätige hiermit,

* dass in den Krankenakten keine schützenswerten Aufzeichnungen über Drittpersonen enthalten sind.
* dass kein konkretes Individualinteresse der Patientin oder des Patienten an der Geheimhaltung der Krankengeschichte ersichtlich ist.

Ort und Datum

(Stempel und Unterschrift)

**Beilagen**

Unterlagen, die das Gesuch dokumentieren, bitte beilegen (z. B. Einsichtsbegehren, Vorladung der Staatsanwaltschaft, Auskunftsbegehren der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, Austrittsbericht usw.)