

# Entbindung vom ärztlichen Berufsgeheimnis

## **Geheimnisherr / Geheimnisherrin**

*Personalien des Patienten / der Patientin*

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Genauere Wohnadresse: \_\_\_\_\_

## **Geheimnisempfänger / Geheimnisempfängerin**

*Name und Adresse der Personen oder Institutionen, welche Auskunft erhalten sollen*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Anlass / Ereignis**

*in dessen Zusammenhang vom Berufsgeheimnis zu entbinden ist*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Der unterzeichnende Patient/die unterzeichnende Patientin entbindet die in seine/ihre medizinische Behandlung involvierte Ärzteschaft des Universitätsspitals Zürich sowie deren Hilfspersonen im Zusammenhang mit dem erwähnten Anlass/Ereignis ausdrücklich vom ärztlichen Berufsgeheimnis. Zu diesem Zweck darf das berechtigte Personal des Universitätsspitals dem Geheimnisempfänger/der Geheimnisempfängerin mündlich und schriftlich Auskunft erteilen und Einsicht in die Akten gewähren (z.B. durch Zustellung von Kopien der gesamten Patientendokumentation oder einzelner Dokumente daraus).

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Persönliche Unterschrift  
des Patienten / der Patientin: \_\_\_\_\_