



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Der / die Unterzeichnete entbindet die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich:

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Ambulatorien und Spezialangebote
Fachstelle Entwicklungspsychiatrie und KJPP allgemein

von der ärztlichen Schweigepflicht (schriftlich und mündlich) **über**

Name

geb.

Adresse

gegenüber:

- behandelnde Ärzte, Psychologen und Psychiater,
- Schule einschliesslich Leitung, zuständigen Lehrpersonen, Heilpädagogen und dem Schulpsychologischen Dienst, Schulpflege,
- sonstige Betreuungspersonen in der Wohnumgebung,
- sonstige Betreuungspersonen am Arbeitsplatz und in der Schule,
- Beistand,
- Invalidenversicherung und Krankenkasse bei Fragen zur Kostenübernahme,
- Anmeldung/Weiterbetreuung in sonderpädagogischen Institutionen, Bericht Schulpflege,

weitere Personen:

und umgekehrt: X ja o nein

(bitte streichen sie Personen sichtbar durch, bei denen sie keine Kontaktaufnahme wünschen)

Grund: X Abklärung und Therapie
 X Informationen und Berichte

benötigte Unterlagen: X Informationen **und** Berichte.

Der / die Unterzeichnete:

Name

Rechtliche Beziehung zum Patienten _____

Unterschrift _____ Datum _____

PatientenIn _____

(Ihr Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.)