

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und vom Amtsgeheimnis

Die / Der Unterzeichnende entbindet

die in die Behandlung involvierten Ärztinnen und Ärzte der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich inkl. deren Hilfspersonen gegenüber folgender Person von der Schweigepflicht (Amts- und Berufsgeheimnis) und ermächtigt sie / ihn Auskünfte zu erteilen und einzuholen:

### Patientin / Patient:

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

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

### Berechtigte Person:

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Der/die berechtigte Person ist kraft dieser Vollmacht nicht befugt, mit Bezug auf medizinische Entscheidungen Entscheide zu treffen oder andere Rechtshandlungen vorzunehmen.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin / Patient \_\_\_\_\_

### *Bei gesetzlicher Vertretung / Rechtsvertretung:*

Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift  
gesetzliche Vertretung / Rechtsvertretung \_\_\_\_\_

Das vorliegende Dokument wird nach der Unterzeichnung in der Patientendokumentation der PUK abgelegt. Es gilt bis zum Widerruf.