



## 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.)**