|  |  |
| --- | --- |
| Navigation:  Mit den Pfeiltasten / Cursortasten  NACH OBEN / NACH UNTEN    vollständige Adresse  der Gesuchstellerin/des Gesuchstellers (wird für Rücksendung verwendet) |  |

Ort der Unterschrift , Datum **auswählen**

Gesuch um Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht für Inkasso

Gesuchstellerin/Gesuchsteller

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname: Nachname | Vorname: Vorname |
| Berufsgruppe: Ärztin/Arzt, Pflegepersonal, Psychologin/Psychologe etc. | Funktion: Funktion **auswählen** |
| Telefon: Telefonnummer | Fax: Telefaxnummer |
| E‑Mail: E-Mail | |

Patientin/Patient

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname: Nachname | Vorname: Vorname |
| Geburtsdatum: Geburtsdatum **auswählen**. | Adresse: Vollständige Adresse der Patientin/des Patienten |
| Gesetzliche Vertretung: allfällige gesetzliche Vertretung, inkl. Funktion und Adresse | |

Angaben über Behandlung, Rechnung, Mahnung

|  |  |
| --- | --- |
| Behandlungsdauer: Dauer der Behandlung(en) von … bis … | |
| Diagnose/Therapie: Diagnose, Therapie, weitere zweckdienliche Angaben | |
| Betrag: Höhe der Forderung in CHF | Datum der Rechnung: Datum **auswählen** |
| Datum der Mahnung(en): Datum der Mahnung(en) | |

Die Gesuchstellerin/der Gesuchsteller ersucht die Gesundheitsdirektion, sie/ihn gegenüber den zuständigen Betreibungs­ämtern und Gerichtsinstanzen sowie gegenüber einer allfälligen Rechtsvertretung soweit von der beruflichen Schweigepflicht zu entbinden, als dies für das Inkasso der unbe­zahlt gebliebenen Honorarforderung erforderlich ist.

Beilage: Kopie der Rechnung

Stempel und Unterschrift (Das Gesuch ist von der verantwortlichen   
Medizinalperson eigenhändig zu unterschreiben)

|  |  |
| --- | --- |
| Das Gesuch ist per Post einzureichen an:  Gesundheitsdirektion Kanton Zürich  Abteilung Recht  Postfach  8090 Zürich |  |