

Anhang. n. 4 Zustimmung zur weiteren Datenweitergabe

Zustimmung

Name/Vorname

geboren in

Wohnsitz

Ich bin (bitte ankreuzen)

Patient

rechtlicher Vertreter des Patienten Herr/Frau
geboren in

stimme zur weiteren Weitergabe von Seiten des Personals des ASL meiner sanitären Daten an (bitte ankreuzen)

nur an mich

Angehörige, speziell

- Ehemann/Ehefrau

- Kinder

- Eltern

- Familienangehörige 4° Grades

- Verwandte 2° Grades

- Zusammenwohnende

jeder, der eine Anfrage stellt

Angestellte des CAVS

Familienarzt

nur an folgende Personen:

Zu Beachten: Im fall von Aufnahme und Unterbringung wird das Krankenhauspersonal Ihren Aufenthalt an nachfragenden Dritten bestätigen, ausser Sie drücken sich ausdrücklich dagegen aus und kreuzen folgende Option an.

Ich bitte meinen Aufenthalt nicht an anfragenden Dritten weiterzugeben.

Datum

Unterschrift des Patienten oder des rechtlichen Vertreter (lesbar)