**Gesuch um Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht**

Artikel 39 Abs. 4 Gesetz zum Schutz der Gesundheit im Kanton Graubünden (Gesundheitsgesetz, GesG; BR 500.000)

|  |  |
| --- | --- |
| Gesuchstellerin / Gesuchsteller  Antragsberechtigt sind nur Personen, die einen Beruf des Gesundheitswesens ausüben (Ärztin/Arzt, Pflegepersonal, Psychologin/Psychologe etc.) sowie die Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) | |
| Name, Vorname |  |
| Beruf |  |
| Funktion |  |
| Adresse |  |
| Telefon |  |
| E-Mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Patientin / Patient | |
| Vorname |  |
| Name |  |
| Adresse |  |
| Geburtsdatum |  |
| Allfällige gesetzliche Vertretung (Name, Funktion, Adresse) |  |
| Ggf. Todesdatum |  |
| Bei Verstorbenen: Name und  Adresse mind. eines Angehörigen |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vorgesehene Geheimnisempfänger  (z.B. Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, Strafbehörden, Gericht, Angehörige) | |
| Name, Vorname |  |
| Institution, Behörde |  |
| Adresse |  |
| Verhältnis zu Patientin/Patient |  |
| Name, Vorname |  |
| Institution, Behörde |  |
| Adresse |  |
| Verhältnis zu Patientin/Patient |  |

|  |
| --- |
| Begründung   * Kurze Zusammenfassung der Umstände und des Kontexts der Gesuchstellung inkl. Behandlungsdauer; * Begründung, weshalb und worüber Drittpersonen bzw. Behörde informiert werden sollen; * Gibt es Hinweise dafür, dass die Patientin / der Patient einverstanden gewesen wäre, dass die angehörige Person Einsicht in die vollständige Krankengeschichte erhält oder im Gegenteil Anhaltspunkte, dass die Einsicht zu verweigern ist? * Angabe, ob die betroffene Person um Einwilligung ersucht wurde und allenfalls Begründung der Verweigerung * In welchem Ausmass soll das Geheimnis den oben erwähnten Personen und/oder Institutionen offenbart werden? |
|  |

|  |
| --- |
| Beilage(n)  Bitte das Gesuch dokumentierende Unterlagen dem vorliegenden Formular beilegen (z.B. Einsichtsbegehren Angehöriger oder Dritter, Editionsverfügungen oder Vorladungen der Staatsanwaltschaft, Einsichtsbegehren von Versicherungen, sonstige Schreiben etc.). |
|  |

**Erklärung betreffend Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht:**

Ich ersuche das Gesundheitsamt um Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht und bestätige, das vorliegende Gesuchsformular vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Mit dem Einreichen des Gesuchs bestätige ich zudem, dass aus medizinischer Sicht nichts gegen die Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht spricht.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Stempel und Unterschrift

Das Formular ist durch die verantwortliche Medizinalperson vollständig ausgefüllt, unterzeichnet (keine e-Signaturen) und gestempelt per Post beim Gesundheitsamt Graubünden, Rechtsdienst, Hofgraben 5, 7001 Chur einzureichen.