

Einwilligungserklärung der Eltern für Entbindung vom Arztgeheimnis

Ich, _____ (Name/Vorname) Mutter/Vater von
_____ (Name Vorname Kind, Geburtsdatum) weise
hiermit Swiss Medi Kids an, die Berichte über die medizinischen Konsultationen meines
Kindes bis auf Widerruf zu senden an:
_____ (Name, Vorname und Ad-
resse der berechtigten Person). Ich entbinde Swiss Medi Kids gegenüber der berechtig-
ten Person vom Arztgeheimnis.

БУДЬ ЛАСКА, ЗАПОВНІТЬ ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ (ЛАТИНИЦЕЮ)

Заява про згоду батьків на звільнення від збереження лікарської таємниці

Я, _____ (Прізвище/ І'мя) мати /батька дитини
_____ (Прізвище/ І'мя дитини, дата
народження) доручаю цим Свісс Меді Кідс надсилати звіти про медичні
консультації моєї дитини до подальшого
оповіщення: _____
(Прізвище, І'мя та адреса уповноваженої особи). Я звільняю Свісс Меді Кідс
від збереження медичної таємниці по відношенню до уповноваженої
особи.

FORM009.27

SWISS MEDI KIDS AG Kinder Permanence

HAUPTSITZ ZÜRICH / Bahnhofplatz 9 / 8001 Zürich / T +41 343 00 00 / F +41 43 343 00 02

WINTERTHUR / Archplatz 2 / 8400 Winterthur / T +41 52 511 10 10 / F +41 52 511 10 11

LUZERN / Seidenhofstr. 9 / 6003 Luzern / T +41 41 710 10 10 / F +41 41 710 10 87 swissmedikids.ch