



Gescannt und unterschrieben per E-Mail an:
archiv.kg@kispi.uzh.ch

Kinderspital Zürich
Spitalarchiv
Steinwiesstrasse 75
CH-8032 Zürich

Patientendokumentation: Antrag auf Kopie

Angaben zur Patientin oder zum Patient

Vorname und Name

Geburtsdatum

Adresse:

Postleitzahl/Wohnort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Sofern urteilsfähig (in der Regel ab 14 Jahren):

Ort Datum

Unterschrift _____

Angaben zur antragsstellenden Person (sofern nicht identisch mit Patientin oder Patient)

Sorgeberechtigter Elternteil

Gesetzlicher Vertretung

Vorname und Name

Adresse

Postleitzahl/Wohnort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Bemerkungen (z.B. Einschränkung auf Arztberichte oder Befunde)

Ort Datum

Unterschrift _____

*Die Zustellung einer Kopie der Patientendokumentation an Dritte ist nur gegen Vorlage der Zustimmung der Patienten, des Patienten, eines sorgeberechtigten Elternteils, des gesetzlichen Vertreters oder auf der Basis einer gesetzlichen Grundlage möglich. Bitte reichen Sie die entsprechenden Beilagen ein.