



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.