



## Rechtsdienst

Ort:

Datum:

### Gesuch um Entbindung vom Berufsgeheimnis (Art. 321 StGB)

#### Gesuchstellerin/Gesuchsteller

Name:

Vorname:

Titel/Funktion:

Adresse/Institution:

Telefon:

Email:

#### Patientin/Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

(falls verstorben) Todesdatum:

Zivilstand:

Adresse:

Allfällige medizinische und/oder gesetzliche Vertretung (inkl. Adresse):

#### Vorgesehene Geheimnisempfänger

(sämtliche Personen/Institutionen sind mit Namen und Adressen aufzuführen)

#### Begründung des Gesuchs

(unter Beilage dazugehöriger Dokumentation)

#### Unterschrift der Gesuchstellerin/des Gesuchstellers

(eigenhändige Unterschrift aller zu entbindenden Personen notwendig)

.....

#### Beilage(n):

Dieses Gesuch ist zu richten an:

**Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen, Rechtsdienst, Oberer Graben 32, 9001 St. Gallen**