



**Rechtsdienst**

## **Gesuch um Entbindung vom Amts- und/ oder Berufsgeheimnis (Art. 320/ Art. 321 StGB) betreffend Inkasso**

### **1. Gesuchstellende Person**

Name	
Vorname	
Titel/ Funktion	
Adresse/ Institution	
Telefon	
E-Mail	

### **2. Geheimnisbetroffene Person**

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
(falls verstorben) Todesdatum	
Adresse	
Aufenthaltort	
Allfällige gesetzliche Vertretung (inkl. Adresse)	
Allfällig abweichende Rechnungsadresse	

### **4. Angaben über Behandlung(en) und Rechnung(en)**

Behandlungsdauer	
Behandlungsart	
Rechnungsbetrag	
Datum Rechnungstellung	

## 5. Bemerkungen

--

Hiermit ersuche ich das Gesundheitsdepartement bzw. den Gesundheitsrat des Kantons St.Gallen, mich gegenüber den zuständigen Betreibungsämtern und Gerichten soweit vom Amts- und/ oder Berufsgeheimnis (Art. 320 und Art. 321 ZGB) zu entbinden, als dies für das Inkasso der vorgenannten Forderungen erforderlich ist:

Ort, Datum		Unterschrift	
------------	--	--------------	--

### Beilage(n):

Kopie(n) Rechnung(en)

Bitte reichen Sie das unterzeichnete Gesuch inkl. Beilagen per E-Mail als PDF ein an [bewilligungen.gdrd@sg.ch](mailto:bewilligungen.gdrd@sg.ch) oder per Post an  
*Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen, Rechtsdienst, Oberer Graben 32, 9001 St. Gallen*