

Angaben zum Kind

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Wir wünschen die Zustellung einer Kopie der Akten unseres Kindes

per Post

An folgende Adresse

Name

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Elektronisch / per E-Mail an Arzt / Ärztin

An folgende E-Mail-Adresse (E-Mail-Adresse der neuen Kinderärztin / des neuen Kinderarztes)

E-Mail-Adresse

Ich hole eine Kopie der Akten meines Kindes persönlich in der Kinderarztpraxis ab.

Diesbezüglich **entbinde** ich die behandelnden Medizinalpersonen (Ärzte, Pflegepersonen, usw.) der GZO AG Spital Wetzikon von Ihrer **Schweigepflicht**. Zudem **bestätige** ich mit meiner Unterschrift, dass ich der **gesetzliche Vertreter** des obengenannten Kindes bin.

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters