



Entbindung vom Amts- und Berufsgeheimnis

Personalien

Herr Frau

Vorname	Name
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse	Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Entbindung

Ich ermächtige die **IV**, die **SUVA** und die unten aufgeführten Personen und Institutionen, dem **Vertrauensärztlichen Dienst der Gesundheitsdienste Basel-Stadt** Auskunft über die Kenntnisse und Befunde zu geben und – soweit nötig – Einsicht in ihre/seine Akten zu gewähren.

Hausärztin/-arzt

Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse	Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	
<input type="text"/>	

weitere/ Ärztin/Arzt, Institution

Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse	Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	
<input type="text"/>	

weitere/ Ärztin/Arzt, Institution

Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse	Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl	Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	
<input type="text"/>	

**weitere/r
Ärztin/Arzt,
Institution**

Name	_____		Vorname	_____	
Strasse	_____			Nummer	_____
Postleitzahl	_____		Wohnort	_____	
Telefon	_____				

**weitere/r
Ärztin/Arzt,
Institution**

Name	_____		Vorname	_____	
Strasse	_____			Nummer	_____
Postleitzahl	_____		Wohnort	_____	
Telefon	_____				

Angemeldet bei der IV ja nein
Angemeldet bei der SUVA ja nein

Unterschrift

Ort	Datum		Unterschrift
_____	_____	_____	_____ X _____

**Informationen zum
weiteren Vorgehen**

Nachdem Sie das Formular ausgefüllt haben, bitten wir Sie, dies auszudrucken und zu unterschreiben. Senden Sie die Unterlagen an: Vertrauensärztlicher Dienst, St. Alban-Vorstadt 12, 4052 Basel.