



Weitergabe von Medizinischen Informationen

Ich willige hiermit ein, dass die Ärzte des Kantonsspitals Graubünden der/dem vor- resp. nachbehandelnden Arzt/Institution die notwendigen medizinischen Auskünfte über mich erteilen dürfen.

Ja Nein

Ich bestätige, dass

- ich darüber informiert wurde, dass meine Einwilligung freiwillig ist;
- ich weiss, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann, ohne Angabe von Gründen.

.....
Ort, Datum rechtsgültige Unterschrift der Patientin/des Patienten/ der betroffenen Person oder ihre / seine berechnigte Vertretungsperson