



KANTON  
APPENZELL INNERRHODEN

Absender

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Gesuch um Entbindung von der beruflichen Schweigepflicht für Inkasso

#### Gesuchsstellerin/Gesuchssteller

Herr     Frau

Nachname _____	Vorname _____
Berufsgruppe _____	Funktion _____
Telefon _____	E-Mail _____

#### Patientin/ Patient

Herr     Frau

Nachname _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Todesdatum _____
Adresse _____	
Gesetzliche Vertretung _____	

#### Angaben über Behandlung, Rechnung, Mahnung

Behandlungsdauer _____	
Diagnose/Therapie _____	
Betrag der Forderung _____	Datum der Rechnung _____
Datum der Mahnungen _____	

Die Gesuchstellerin/der Gesuchsteller ersucht das Gesundheits- und Sozialdepartement, sie/ihn gegenüber den zuständigen Betreibungsämtern und Gerichtsinstanzen sowie gegenüber einer allfälligen Rechtsvertretung so weit von der beruflichen Schweigepflicht zu entbinden, als dies für das Inkasso der unbezahlt gebliebenen Honorarforderung erforderlich ist.

---

Stempel und Unterschrift (das Gesuch ist von der verantwortlichen Medizinalperson eigenhändig zu unterschreiben)

Beilage: Kopie der Rechnung