



Formular

Vollmacht

Entbindung von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht (Art. 321 StGB) sowie Entbindung vom Amtsgeheimnis (Art. 320 StGB)

Ich

Name/Vorname

Geburtsdatum

Strasse

Zusatz

Plz/Ort

Tel.

Mail

ermächtigt hiermit das

Institut für Rechtsmedizin
Verkehrsmedizin
Andreasstrasse 15
8050 Zürich
(und dessen Standorte in Winterthur und Luzern)

nachfolgender Person oder Institution

(bei Privatpersonen Kopie Pass/ID beilegen)

Name/Vorname

Geburtsdatum

Strasse

Zusatz

Plz/Ort

Tel.

Mail

von der verkehrsmedizinischen Untersuchung (bitte ankreuzen):

Untersuchung vom

Untersuchungsgrund

PIN Nr. Strassenverkehrsamt

Debitor-Nr. IRM

die nachfolgenden Angaben bekannt zu geben bzw. die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung zu stellen (bitte ankreuzen):

- alles was die genannte verkehrsmedizinische Untersuchung betrifft
- nur Angaben zum Thema
-

Die Gültigkeit der Vollmacht beginnt am (bitte ankreuzen):

- konkretes Datum
- beim Eintreffen der Vollmacht im Institut für Rechtsmedizin

Die Vollmacht endet am (bitte ankreuzen):

- konkretes Datum
- bei Fallabschluss/maximal nach 3 Monaten
- bei Fallabschluss/maximal nach 6 Monaten
- bei Fallabschluss/maximal nach 12 Monaten

Änderungen, die diese Vollmacht betreffen, müssen dem Institut für Rechtsmedizin, Abteilung Verkehrsmedizin, schriftlich mitgeteilt werden, ansonsten gilt diese Vollmacht wie oben festgehalten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Institut für Rechtsmedizin jegliche Haftung für erteilte Auskünfte ablehnt, die im Rahmen dieser Vollmacht erteilt werden. Ich selbst bin dafür verantwortlich, die bevollmächtigte Person oder Institution über die erteilte Vollmacht sowie deren Umfang und Dauer zu informieren. Ich nehme zur Kenntnis, dass Anfragen für Auskünfte, die den Umfang, die Dauer oder den ermächtigten Personenkreis dieser Vollmacht überschreiten, mit Hinweis auf das Fehlen der Berechtigung abgelehnt und der/die Antragsteller/in an mich verwiesen wird. Ich werde nicht separat durch das Institut für Rechtsmedizin, Abteilung Verkehrsmedizin, über Anfragen und im Rahmen der Vollmacht erteilte oder abgelehnte Auskünfte in Kenntnis gesetzt.

Mit der Unterschrift bestätige ich die Gültigkeit der gemachten Angaben. Ich habe alles gelesen und bin mit den genannten Bedingungen einverstanden.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Name/Vorname

Geburtsdatum

- Die Kopie Pass/ID (bei Privatpersonen) ist beigelegt
- Es wurden überall ein Kreuz gesetzt wo nötig (siehe «bitte ankreuzen»)