

Schweigepflichtentbindung für die berufliche Wiedereingliederung

Ich

Vorname, Name

Adresse, Ort

Geburtsdatum

entbinde nachfolgende(n) **Ärztin/Arzt**

Vorname, Name

Adresse, Ort

Von ihrer/seiner Schweigepflicht gegenüber meinem/meiner Arbeitgeber/Arbeitgeberin (Name der Person, Firma, Anschrift)

.....

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ausschliesslich die für die berufliche Wiedereingliederung notwendigen medizinischen Informationen mitgeteilt werden können. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum Unterschrift Patient/Patientin

Den Patienten/die Patientin über Sinn und Zweck der Schweigepflichtentbindung aufgeklärt:

Datum Unterschrift Ärztin/Arzt