

Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht für Reintegration

Von

Vorname, Name	
Geburtsdatum	
Adresse	
PLZ, Ort	

Ich entbinde die folgenden behandelnden Personen (z.B. Arzt/Ärztin, Spital, Therapeut/in, weitere) vom Berufsgeheimnis (insbesondere von der ärztlichen Schweigepflicht).

Name	Adresse

Ich gebe die Einwilligung für den Informationsaustausch zwischen den oben aufgeführten Personen und meinem Arbeitgeber / meiner Arbeitgeberin.

Arbeitgeber/in	Adresse

Der Informationsaustausch beschränkt sich auf die arbeitsbezogene Funktions- und Leistungsfähigkeit hinsichtlich der beruflichen Reintegration.

Ich bin einverstanden, dass die für die Reintegration notwendigen Daten durch alle oben aufgeführten Personen erfasst und bearbeitet werden dürfen. Diese Daten werden zur regelmässigen Überprüfung und dem Fortschritt der Reintegration und zur Durchführung aller weiteren Unterstützungsmassnahmen benötigt.

Diese Einwilligungserklärung ist gültig bis zum Abschluss der Reintegration.

Widerruf

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen. Die Reintegrationsbemühungen werden in der Folge beendet.

Patient/in (Datum und Unterschrift)	
--	--

Behandelnde Person (Datum und Unterschrift)	
--	--

Zwischen behandelnder Person und Patient/in besprochen und zur Kenntnis genommen.

Hinweis

Daten die Gesundheit und Intimsphäre betreffen, sind besonders schützenswerte Daten nach Datenschutzgesetz.