Zweckgebundene Aufhebung der Schweigepflicht

Ich ermächtige die unten aufgeführten Fachpersonen miteinander Kontakt aufzunehmen, Daten und Dokumente untereinander auszutauschen sowie telefonische und mündliche Auskünfte zu erteilen.

Der Schweigepflicht entbundene Personen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zweck des Datenaustausches[[1]](#footnote-1)** | **Zuständige Fach­person (Name)** | **Stelle**  **(Bezeichnung, Ort)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Informationen über den Gesundheitszustand  🞏 unter Entbindung vom Berufsgeheimnis (Art. 321 StGB)[[2]](#footnote-2) |  | Ärztin/ Arzt oder deren Hilfsperson: |

Der Austausch erfolgt nur für den hier aufgeführten Zweck.

Wenn für eine koordinierte Hilfe ein weitergehender Datenaustausch nötig ist oder weitere Stellen dazukommen, wird Ihnen eine neue Schweigepflicht-Entbindung vorgelegt.

Ich kann diese Schweigepflichtenbindung jederzeit durch eine schriftliche Mitteilung an folgende Stelle widerrufen:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |  |
| Ort, Datum: |  |
| Unterschrift: |  |

1. Z.B.: Verbesserung der Lebensumstände Ihres Kindes, Klärung einer Beschäftigungs-, Berufs- oder Ausbildungslösung, Einschät­zung der finanziellen Situation und Klärung allfälliger Ansprüche, usw. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zeile löschen, wenn keine Entbindung vom Berufsgeheimnis erforderlich ist. [↑](#footnote-ref-2)