

Entbindung Arztgeheimnis/Berufsgeheimnis

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname:

Adresse, PLZ, Wohnort:

Tel.-Nr.

AHV-Nr.

folgende Person/Institution von ihrem Arzt- bzw. Berufsgeheimnis:

Institution:

Name, Vorname:

Adresse, PLZ, Wohnort:

Tel.-Nr.:

E-Mail:

Die obengenannte Institution und Person ist berechtigt, den im IIZ-Netzwerk des Kantons Zürich zusammenarbeitenden Behörden, Organisationen und Personen die relevanten Informationen für die Arbeitsintegration bekannt zu geben. Dazu gehören insbesondere Informationen über medizinische Befunde (Diagnose, Krankheitsgeschichte), Abklärungsberichte von Versicherungen (z.B. Case Management-Berichte) oder Auskünfte von Arbeitgebern über aktuelle oder frühere Arbeitsverhältnisse (Leistung, Verhalten, Absenzen).

Diese Entbindung gilt bis zum Abschluss der Zusammenarbeit im IIZ-Netzwerk des Kantons Zürich. Sie kann jederzeit widerrufen werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass mein allfälliger Widerruf zum Abbruch des IIZ-Prozesses führt.

Datum:

Unterschrift:
(evtl. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters oder der gesetzlichen Vertreterin)