

Entbindung von der Schweigepflicht

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ich bin einverstanden, dass die Betreuungspersonen der TRINAMO AG mit den für mich zuständigen Instanzen zusammenarbeiten und wenn nötig, Informationen über mich austauschen dürfen, welche für den Aufenthalt und die Betreuung in den Wohnangeboten der TRINAMO AG relevant sind.

Ich entbinde hiermit Folgende Instanzen von der Schweigepflicht:

- Beistandschaft
- Psychiater: innen und Therapeut: innen
- IV-Berater: inen (SVA)
- Hausarzt
- PDAG
- Familienangehörige
- Sonstige stellen: _____
- Sonstige Personen: _____
- In einer Notsituation dürfen die Mitarbeitende der TRINAMO AG in der Klinik oder im Spital, anfragen ob sie als Patient aufgenommen wurden und dürfen über Ihren aktuellen Zustand informiert werden.**

Gleichzeitig erkläre ich mich damit einverstanden, dass die TRINAMO AG Informationen über meinen gesundheitlichen und allgemeinen Zustand, wenn dies notwendig sein sollte, weitergeben darf.

Die Betreuungspersonen der TRINAMO AG unterstehen ebenfalls der Schweigepflicht. Die Entbindung von der Schweigepflicht beschränkt sich – wenn sie nicht vorher schriftlich widerrufen wurde – auf die Zeit des Aufenthaltsverhältnisses.

Ort, Datum:

Unterschrift Bewohner/in