

Schweigepflichtentbindung

Erklärung

Der/die Unterzeichnende

Nachname, Vorname _____

Geburtstag _____

Strasse, PLZ Ort _____

entbindet die Bezugsperson, _____, im Wohn-Angebot Wohn-Coaching der
Stiftung Wendepunkt

sowie nachfolgende Institution / Person

gegenseitig von der Schweigepflicht.

In folgenden Situationen:

Klinik- oder Spitalaufenthalt, Anpassung Medikation, medizinischer oder psychischer Notfall, Abwesenheit
oder Verhinderung der Bezugsperson, unangemeldeter Besuch / mehrere Stunden nicht erreichbar

erweitere ich diese Schweigepflichtentbindung auf die stellvertretende Person des Wohn-Coachings.

Der/die Unterzeichnende ermächtigt die oben genannten Institution / Person, die für den spezifischen Auftrag
relevanten Unterlagen, Daten und Informationen zu erfragen und bei Bedarf weiterzuleiten. Die Stiftung
Wendepunkt garantiert die vertrauliche Behandlung der Daten.

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Endet die Zuständigkeit der oben genannten Person der
Stiftung Wendepunkt, ist die Schweigepflichtentbindung bei nächster Gelegenheit zu erneuern.

Die Entbindung der Schweigepflicht erlischt automatisch 14 Tage nach Austritt der Bewohnerin bzw. des
Bewohners aus dem oben aufgeführten Angebot.

Ort und Datum:

Unterschrift:
