

## **Entbindung von der Schweigepflicht**

### **Arztgeheimnis / Berufsgeheimnis**

Hiermit entbinde ich,

Name, Vorname: .....

Adresse, PLZ, Wohnort: .....

Telefon-Nr.: .....

AHV-Nr.: .....

folgende Person / Institution von ihrem Arzt- beziehungsweise Berufsgeheimnis:

Institution: .....

Name, Vorname: .....

Adresse, PLZ, Ort: .....

Telefon-Nr.: .....

E-Mail: .....

Die obengenannte Institution und Person ist berechtigt, den im IIZ-Netzwerk Kanton Zürich zusammenarbeitenden Behörden, Organisationen und Personen die relevanten Informationen für die berufliche Integration 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).

Der Zweck der interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) ist die Förderung der beruflichen Integration durch koordinierte Abklärungen und Integrationsmassnahmen. Im IIZ-Netzwerk Kanton Zürich arbeiten das Amt für Arbeit, die SVA Zürich (IV-Stelle), das Amt für Jugend und Berufsberatung (Berufsinformationszentren) respektive das Laufbahnzentrum (LBZ) der Stadt Zürich, das Kantonale Sozialamt und die Sozialhilfeorgane der Gemeinden bzw. Städte zusammen.

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

Datum: .....

Unterschrift: .....

(oder Unterschrift der gesetzlichen Vertretung)