

Schweigepflichtsentbindung

DIE / DER UNTERZEICHNENDE

Name & Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

**entbindet die Wohnbegleitung des VSP TG so wie die unten aufgeführten Ärzte, Institutionen und
Amtsstellen gegenseitig von der Schweigepflicht. Die Wohnbegleitung des VSPTG informiert Sie
über den von Ihr getätigten Austausch.**

- Behandelnde*r Psychiater*in und deren Vertretung
- Behandelnde*r Arzt / Ärztin und deren Vertretung
- Behandelnde Institution wie die Spital Thurgau
- Aktuelle*r Arbeitgeber*in und/oder Beschäftigungsleiter*in und deren Vertretung
- Andere Begleitpersonen die namentlich erwähnt sind (z. B. Beistandschaft,
Sozialversicherungen, Gemeinden, offenes Atelier, Physiotherapeut, Familie, etc.)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ich wurde über den Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung informiert.

Ort, Datum:

Unterschrift:
