

Entbindung von der Schweigepflicht

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ / Ort:

Die oben genannte Person berechtigt mit ihrer Unterschrift den Austausch von fallbezogenen Daten zwischen den Mitarbeitenden der **ZWAK Zürcher Wohn- und Arbeitskoordinations AG** und den zuständigen Organisationen oder Personen wie:

-

Es können dabei Daten und Informationen ausgetauscht werden, die geeignet, erforderlich und zweckmässig sind, um die Begleitung, Klärung, Beratung und die dazugehörige Fallarbeit zu erfüllen.

Diese Entbindung gilt bis zum mündlichen oder schriftlichen Widerruf durch die unterzeichnende Person oder bis zur ordentlichen Beendigung der Zusammenarbeit.

Ort, Datum:.....

Unterschrift:.....