

Ermächtigung

Kompetenzzentrum berufliche Eingliederung / Stand 24.10.2022

Die/Der Unterzeichnende

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ Ort: _____
Geb. Datum: _____ Tel. Nr.: _____

ermächtigt die an der Durchführung der beruflichen Massnahme beteiligten Mitarbeitenden der Abteilung berufliche Eingliederung

1. den für die *Eingliederung in Frage kommenden Stellen* Angaben über die unterzeichnende Person – einschliesslich der Auswirkungen der Behinderung – zu machen, welche für die Vermittlung eines Abklärungs-, Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes unentbehrlich sind;
2. mit den *beteiligten Sozialversicherungen (Invaliden-, Unfall- und Militärversicherung)* die zur Durchführung der beruflichen Massnahme erforderlichen Informationen auszutauschen;
3. die *auftraggebende Sozialversicherung* über das Ergebnis der bisherigen Abklärungen und Beratungen mit einem *Bericht* zu informieren.

Im Weiteren kann die/der Unterzeichnende die an der Durchführung der beruflichen Massnahme beteiligten Mitarbeitenden ermächtigen,

- mit den sie/ihn behandelnden *Ärzten* Kontakt aufzunehmen und *Auskunft* über die unterzeichnende Person zu verlangen, soweit dies zur Durchführung der beruflichen Massnahme erforderlich ist.

Entbindung von der Schweigepflicht

Die an der Durchführung der beruflichen Massnahme beteiligten Mitarbeitenden der Abteilung Berufliche Eingliederung und die oben bezeichneten Stellen sind bis zum Abschluss der beruflichen Massnahme gegenseitig von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht entbunden. Sie werden hiermit gegenseitig ermächtigt, mündlich oder schriftlich Auskünfte zu erteilen und vollumfängliche Akteneinsicht, inklusive aller medizinischen und beruflichen Unterlagen, zu gewähren.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____