**Vorlage Entbindung von der Schweigepflicht bei Erwachsenen**

**BewohnerIn / MitarbeiterIn:**

Name: Vorname:

Institution:

**Grundsätzliches:**

Der Austausch von Informationen mit Drittpersonen ist für die gezielte Förderung und Begleitung unserer BewohnerInnen / Mitarbeitenden wichtig. Der Persönlichkeitsschutz wird geachtet und mit den Informationen wird sorgfältig umgegangen. Es werden keine Informationen über betreute, mündige Personen an Drittpersonen weitergeleitet, wenn dies nicht als zwingend nötig erachtet wird.

**Situationen / Themen:**

Es gibt eine Vielzahl von Situationen, in denen der Informationsaustausch für die Institution zum Wohle der BewohnerInnen / Mitarbeitenden wichtig sein kann. Bitte kreuzen Sie die betreffenden Punkte an:

* selbstgefährdendes Verhalten
* fremdgefährdendes Verhalten
* körperliche Verwahrlosung
* psychische Verwirrtheit
* längere Abwesenheiten
* Sachbeschädigungen
* andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zu informierende Personen:**

 Angehörige 1 Angehörige 2

 Angehörige 3 Hausarzt

 Psychiater Bezugsperson Arbeit

 Bezugsperson Wohnen weitere Personen …………………........

 ………………………………………………..

 ………………………………………………..

**Dauer/Häufigkeit der Information:**

Die Information der gewählten Personen erfolgt

 einmalig bei Bedarf wiederkehrend

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass oben genannte Personen für oben angekreuzte Situationen / Themen und in der gewählten Dauer/Häufigkeit durch die nachstehend aufgeführte Person der Institution informiert werden kann. Somit ist diese Person der Institution im entsprechenden Umfang gegenüber den vorstehend genannten zu informierenden Personen nicht an das Berufsgeheimnis, das Amtsgeheimnis oder die berufliche Schweigepflicht (im Folgenden zusammengefasst als 'Schweigepflicht') gebunden.

**Person der Institution, welche von der Schweigepflicht entbunden wird:**

Name: Vorname:

Institution: Funktion:

Diese Erklärung der Entbindung von der Schweigepflicht wird halbjährlich / jährlich (bitte klaren Erneuerungsrhythmus festlegen) erneuert.

Es ist mir freigestellt, die vorliegende Entbindungserklärung nach vorgängiger ausführlicher Information über deren Folgen zu unterschreiben.

Luzern, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BewohnerIn / MitarbeiterIn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gesetzliche Vertretung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bereichsleitung Institution: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Erneuerungsdatum** | **BewohnerIn / MitarbeiterIn** | **Gesetzliche Vertretung** | **Bereichsleitung**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Januar 2016