

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Einwilligung zur Auskunft gegenüber AcciMed GmbH

1 · BETROFFENE PERSON

Vorname, Name

Geburtsdatum

Wohnort

2 · WEN ICH VON DER SCHWEIGEPFLICHT ENTBINDE

Ich entbinde die nachstehend genannten Ärztinnen und Ärzte, Spitäler, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Versicherungen von der Schweigepflicht und ermächtige sie, der AcciMed GmbH die für die Beurteilung meiner Arbeitsfähigkeit erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Einsicht in die Krankengeschichte zu gewähren.

Name und Adresse (mehrere möglich)

Betrifft folgende gesundheitliche Beeinträchtigung / folgenden Behandlungszeitraum

3 · WAS IHR ARBEITGEBER ERFÄHRT – UND WAS NICHT

AcciMed untersteht dem Berufsgeheimnis nach Art. 321 StGB. An Ihren Arbeitgeber oder die auftraggebende Versicherung geben wir **ausschliesslich arbeitsrelevante Angaben** weiter: Grad und voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit, zumutbare Einsatzmöglichkeiten und die Prognose zur Rückkehr.

Diagnosen, Befunde und Behandlungsinhalte werden nicht weitergegeben. Dies entspricht Art. 328b OR und der Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 143 IV 209).

4 · GELTUNG UND WIDERRUF

Diese Entbindung gilt für die Dauer der Begleitung durch AcciMed und kann jederzeit schriftlich an info@accimed.ch widerrufen werden. Bereits erteilte Auskünfte bleiben davon unberührt. Die Bearbeitung der Daten richtet sich nach dem Schweizer Datenschutzgesetz.

Ort, Datum

Unterschrift