

Partielle Schweigepflichtentbindung

Ich bin einverstanden, dass mein Arzt meiner Arbeitgeberin (Personaldienst und Vorgesetzte*r) Auskunft erteilt zu Einschränkungen bei der Arbeit, Besonderheiten bez. Führungsverhalten und Prognose (keine Diagnose, keinen Befund).

Arbeitnehmer*in:

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ, Ort:
Geschlecht (M/F):	Geburtsdatum:

aktuelle berufliche Tätigkeit:

Funktionsbezeichnung:	Haupttätigkeiten:
Führungsverantwortung (ja/nein):	
Beschäftigungsgrad (in %): oder Arbeitszeit (Std./Woche):	

Behandelnder Arzt:

Name:	Vorname:
E-Mail:	Tel.-Nummer:

Vorgesetzte*r:

Name:	Vorname:
Funktion:	Tel.-Nummer:

Kontaktperson im Personaldienst:

Name:	Vorname:
E-Mail:	Tel.-Nummer:

Unterschrift Arbeitnehmer*in:

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------