|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Phönix Wohnheim Flora | Phönix Wohnheim Bättigmatte | Phönix Wohnheim Schäfliwiese |
|  | Phönix Begleitetes Wohnen |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Klient / Klientin** | |  |  |  | |  |
|  | | | | | | |
| Familienname |  | |  | Vorname |  | |
|  |  | |  |  |  | |
| Geburtsdatum |  | |  | Eintritt / Beginn |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  | | | | | | |
|  |  | |  |  | |  |

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass nachstehende Personen oder Institutionen nicht an das Arztgeheimnis oder die berufliche Schweigepflicht gemäss Art. 321 und Art. 32 StGB gegenüber der Leitung und dem Betreuungspersonal oder oben genannten Institution der Stiftung Phönix Schwyz gebunden sind.

Des Weiteren bin ich einverstanden, dass diese Personen und Institutionen von der Leitung und dem Betreuungspersonal über wichtige Vorkommnisse informiert werden können.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Entbindungen** |  |  |  |  |
|  | | | | |
| Gesetzliche Vertretung |  | | | |
|  |  |  |  |  |
| Facharzt/Fachärztin |  | | | |
|  |  |  |  |  |
| Hausarzt/Hausärztin |  | | | |
|  |  |  |  |  |
| Psychiatrische Klinik |  | | | |
|  |  |  |  |  |
| Bezugsperson extern |  | | | |
|  |  |  |  |  |
| Arbeitgeber/-in |  | | | |
|  |  |  |  |  |
| Fürsorgebehörde |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Unterschriften** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | |
| Ort und Datum |  | | | |
|  |  |  |  |  |
| Klient / Klientin |  | | | |
|  |  |  |  |  |
| Ev. gesetzl. Vertretung |  | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | |