**Ermächtigung für den Informationsaustausch**

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigen Sie die HR-Beraterin, den HR-Berater und deren aufgeführte Stellvertretung mündlich oder schriftlich bei den unten aufgeführten Stellen die notwendigen Informationen einzuholen, um Sie in Ihrer Eingliederung professionell zu unterstützen.

Bei einer Fallübergabe an das betriebliche Eingliederungsmanagement des Personalamts (BEM) ermächtigen Sie zusätzlich die BEM Beraterin, den BEM Berater bei den aufgeführten Stellen die notwendigen Informationen einzuholen.

**Mitarbeiterin oder Mitarbeiter**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname |  | Telefon-Nr. |  |
| Geburtsdatum  |  | ID Pers. |  |
| Adresse |  | AHV. NR. |  |
| E-Mail |  |  |  |

Hiermit berechtige ich die/den aufgeführte/n HR- Berater/in, sowie die/den aufgeführte BEM Berater/in

**HR-Berater/in**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname |  | Adresse  |  |
| E-Mail-Adresse |  | Telefon-Nr. |  |

**Stellvertretung HR-Berater/in**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname |  | Adresse  |  |
| E-Mail-Adresse |  | Telefon-Nr. |  |

**BEM-Berater/in**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname |  | Adresse  |  |
| E-Mail-Adresse |  | Telefon-Nr. |  |

**bei folgenden Versicherungen**

- der Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA)

- der Unfallversicherung (VISANA)

- der Militärversicherung (seit 2005 durch die SUVA geführt)

- der Invalidenversicherung (IV) Ihres Wohnkantons und der zuständigen Ausgleichskasse

**sowie bei folgenden Ärzten, Ärztinnen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname |  |  |
| Adresse |  | Telefon-Nr. |  |
| E-Mail-Adresse |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname |  |  |
| Adresse |  | Telefon-Nr. |  |
| E-Mail-Adresse |  |  |

**sowie weiteren involvierten Personen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Funktion |  |  |
| Name, Vorname |  |  |
| Adresse |  | Telefon-Nr. |  |
| E-Mail-Adresse |  |  |

**mündlich oder schriftlich ausschliesslich die Auskünfte einzuholen, welche im Zusammenhang mit meiner beruflichen Eingliederung relevant sind.**

Im Umfang der vorliegenden Ermächtigung entbinde ich die genannten Versicherungen und die genannten Ärzte, Ärztinnen sowie weitere involvierte Personen von der gesetzlichen oder vertraglichen Schweige- und Geheimhaltungspflicht.

**Zweckgebundenheit und Datenschutz**

Diese Ermächtigung ist nur für die aktuelle Situation gültig. Sie dient einzig der Unterstützung bei der Eingliederung. Die Daten dürfen zu keinem anderen Zweck verwendet werden.

**Unterschrift Mitarbeiter-/In**

Ort, Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diese Ermächtigung kann jederzeit schriftlich wiederrufen werden. Spätestens 3 Monate nach Abschluss des Langzeitfalls erlischt die Ermächtigung.