



## CASE MANAGEMENT BERUFSBILDUNG SCHAFFHAUSEN

### Entbindung von der Schweigepflicht (Datenschutz)

Hiermit ermächtige ich (Kandidatin/Kandidat Case Management)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

SV-Nummer\*: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

\*ausgenommen für Schülerinnen/Schüler

Hiermit ermächtige ich für die oben genannte Person (Erziehungsberechtigte/r)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der nachfolgend angekreuzten Amtsstellen / Institutionen die für das Case Management Berufsbildung notwendigen persönlichen Daten auszutauschen und entbinde sie – bis auf Widerruf – von ihrer datenschutzrechtlichen Schweigepflicht:

	Amtsstelle / Institution	Kontaktperson
<input type="checkbox"/>	Schulische Abklärung und Beratung	
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	
<input type="checkbox"/>	Kantonales Arbeitsamt / RAV	
<input type="checkbox"/>	IV-Stelle / IV Berufsberatung	
<input type="checkbox"/>	Berufsberatung / Berufsbildung	
<input type="checkbox"/>	Soziale Dienste Gemeinde	
<input type="checkbox"/>	Arzt	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass während dem CM Prozess Daten für die Dokumentation des Verlaufs und zu statistischen Zwecken erhoben und intern abgespeichert werden. Es gelten dabei die Datenschutzbestimmungen des Kantons Schaffhausen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kandidatin/Kandidat

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Weitergeleitet durch:  
Case Management Berufsbildung Schaffhausen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift verantwortliche/r Case Manager/in