

## Überweisungsformular

Gerne überweise ich Ihnen folgende/n Klienten/in für ein Erstgespräch:

Name			
Vorname			
Geschlecht		Geburtsdatum	
Adresse			
Telefon			
E-Mail			
Auftrag an die Fachstelle Sucht sdbu			
Kontakt daten Zuweiser/in			
Ort, Datum		Unterschrift	

## Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

den/die

Zuweiser/in

Adresse

gegenüber der Fachstelle Sucht, Soziale Dienste Bezirk Uster, Industriestrasse 27, 8604 Volketswil,

betreffend Fragen über die gesundheitliche Situation gegenseitig von der beruflichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift