

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Unfalltag:

Versicherung und Aktenzeichen:

Erklärung

Zur Unterstützung meiner medizinischen und beruflichen Rehabilitation befreie ich meine behandelnden Ärzte sowie die Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Rentenversicherungsträger), den Arbeitgeber und sonstige Dienstleister (z. B. Pflegedienste, Krankengymnasten) von ihrer Schweigepflicht gegenüber Concept : Rehabilitation GmbH und ermächtige diese Institutionen, die notwendigen Auskünfte zu erteilen, sowie die medizinischen und pflegerischen Gutachten und Unterlagen auszuhändigen.

Unter Entbindung von der Schweigepflicht wird der Reha- Dienst Concept : Rehabilitation GmbH ermächtigt, die medizinische und berufliche Rehabilitation zu unterstützen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Reha- Dienst Concept : Rehabilitation GmbH die erhaltenen Daten in Zusammenarbeit mit den jeweiligen für die Rehabilitation tätigen Mitarbeitern und Dienststellen verarbeitet und speichert.

Der Reha-Dienst Concept : Rehabilitation GmbH darf die Daten ausschließlich zum Zwecke der Erreichung des Rehabilitationszieles erheben. Die von ihm erhobenen Daten darf er nur zum Zwecke der Rehabilitation verwenden und weitergeben; sogenannte Zufallsbefunde dürfen nicht an den Haftpflichtversicherer weitergegeben werden.

Auch allen mit der Rehabilitation befassten Mitarbeitern und Dienstleistern gegenüber sind die der Schweigepflicht unterliegenden Personen und Institutionen von ihrer Schweigepflicht befreit.

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

....., den

()