

## Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Kundennummer

\_\_\_\_\_  
Anschrift

### Bitte beachten Sie:

Die am Rehabilitationsverfahren Beteiligten sind bestrebt, die erforderlichen Feststellungen zügig zu treffen und vor allem Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Aus diesem Grund wird auch auf bereits vorliegende Unterlagen anderer Stellen (z. B. medizinische und psychologische Befunde) zurückgegriffen, wenn Sie einer Weitergabe der Unterlagen zugestimmt haben.

Sie haben die Möglichkeit, diese Zustimmung unter genauer Angabe der jeweiligen Stelle zusammenfassend zu erklären. Sofern Sie es wünschen, können Sie Ihr Einverständnis auch durch mehrere Einzelerklärungen – jeweils beschränkt auf eine Stelle – abgeben.

Ich entbinde Ärzte, Psychologen und weitere Gutachter folgender Stellen:

<input type="checkbox"/> Krankenhäuser/Kliniken:	Anschrift
<input type="checkbox"/> Medizinische Reha-Einrichtungen:	Anschrift:
<input type="checkbox"/> Krankenkassen:	Anschrift:
<input type="checkbox"/> Renten- Unfallversicherungsträger:	Anschrift:
<input type="checkbox"/> Versorgungsamt:	Anschrift:
<input type="checkbox"/> Hauptfürsorgestelle:	Anschrift:
<input type="checkbox"/> Sonstige:	Anschrift:
<input type="checkbox"/> sowie folgende Ärzte/Psychologen/Gutachter:	Anschrift:

Die mich behandelt bzw. untersucht haben, gegenüber den mit meiner Rehabilitation befassten Stellen von der Schweigepflicht, soweit dies zur Durchführung meines beruflichen Rehabilitationsverfahrens erforderlich ist. Mit der Weitergabe der in diesem Zusammenhang erforderlichen personenbezogenen Daten an die mit meinem Rehabilitationsverfahren befassten Stellen bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters