

## Erklärung zur Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinde ich,

\_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_,  
(Name, Vorname)

wohnhaft in \_\_\_\_\_  
(Anschrift)

den/ die nachfolgend benannten Arzt/ Ärzte, Therapeuten, Pflegepersonen, Mitarbeiter von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten und Pflegeheimen, Mitarbeiter von Versicherungen, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Behörden sowie Arbeitgeber

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Institution)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

von seiner/ ihrer gesetzlichen und/ oder vertraglichen Schweigepflicht gegenüber der InReha GmbH. Ich gebe außerdem meine Zustimmung, dass die InReha GmbH Einsicht in die medizinischen und beruflichen Unterlagen, insbesondere in vorhandene Gutachten, erhält sowie die medizinischen und beruflichen Unterlagen ausgehändigt werden dürfen.

Ich wurde über die in dem Gespräch zu erörternde Themen sowie über den weiteren Verfahrensverlauf informiert und gestatte der InReha GmbH, den Inhalt der Gespräche mit den oben genannten Personen/ Institutionen sowie den Inhalt der vorgenannten Unterlagen ausschließlich zum Zweck der Erreichung des Rehabilitationsziels

\_\_\_\_\_  
(Beschreibung des Rehabilitationsziels)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des/der Geschädigten bzw. des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_