

Schweigepflichtentbindungs- und Einverständniserklärung

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon:

Geburtsdatum:

Name der Versicherung:

Aktenzeichen der Versicherung:

Zur Unterstützung meiner gesundheitlichen und beruflichen Rehabilitation sowie pflegerischen Betreuung befreie ich die mich behandelnden Ärzte sowie die Pflegekasse, Berufsgenossenschaft und sonstige Dienstleister (z. B. Pflegedienste) von ihrer Schweigepflicht gegenüber der o. g. Versicherung und des Gutachterbüros Grenner und ermächtige diese Institutionen, die notwendigen Auskünfte zu erteilen, sowie die medizinischen und pflegerischen Gutachten oder Unterlagen auszuhändigen.

Unter Entbindung von der Schweigepflicht wird die o. g. Versicherung und das Gutachterbüro Grenner ermächtigt, die gesundheitliche und berufliche Rehabilitation sowie die pflegerische Betreuung über diese Institutionen zu unterstützen.

Ich bin damit einverstanden, dass die o. g. Versicherung und das Gutachterbüro Grenner die erhaltenen Daten in Zusammenarbeit mit den jeweiligen für die Rehabilitation tätigen Mitarbeitern und Dienstleistern verarbeitet.

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

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift)