

ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Um den notwendigen Austausch von Informationen für eine erfolgreiche Rehabilitation zu gewährleisten, ist für alle Beteiligten eine Erklärung erforderlich, damit K&S RehaManagement tätig werden kann.

Zur Unterstützung meiner Rehabilitation entbinde ich

.....geb.:.....

(bitte ankreuzen)

- alle mich behandelnden Ärzte, Psychologen und Therapeuten
- Arbeitgeber
- Arbeitsagentur und ARGE, Jobcenter
- die Krankenversicherung
- die Pflegeversicherung
- die Gesetzliche Unfallversicherung
- die Deutsche Rentenversicherung
- Verrechnungsstellen der behandelnden Ärzte
-
- sowie deren jeweilige Mitarbeiter

von ihrer Schweigepflicht und willige darin ein, dass sie alle erforderlichen Informationen über mich an K&S RehaManagement übermitteln.

Dies gilt insbesondere für meine Gesundheitsdaten, berufliche Daten, die Erteilung von Auskünften und die Weitergabe medizinischer sowie beruflicher Gutachten oder Unterlagen, soweit diese jeweils zur Unterstützung meiner Rehabilitation notwendig sind.

K&S RehaManagement wird die über mich erhaltenen Informationen zur Unterstützung meiner Rehabilitation speichern und verarbeiten. Auf die Einwilligungserklärung der DGSVO, die gesondert unterzeichnet wurde, wird hingewiesen.

Ich willige auch in den Austausch der über mich eingeholten Daten zwischen K&S RehaManagement und den am Reha-Verfahren beteiligten Institutionen und Personen ein. Die zum Zwecke der Rehabilitation erforderlichen Informationen dürfen auch an die beauftragende Versicherung weitergegeben werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungen jederzeit durch Mitteilung an die in dieser Einwilligung genannten Personen und Unternehmen, insbesondere an K&S RehaManagement, widerrufen kann. Ebenso kann ich jederzeit über gespeicherte personenbezogene Daten Auskunft verlangen.

Ort, Datum

Unterschrift