

## Auskunftsermächtigung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Erklärungsgeber:

\_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_

(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_

(Anschrift)

\_\_\_\_\_

(Telefon)

Ereignis vom:

(Unfall, Erkrankung etc.)

\_\_\_\_\_

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenanstalten, die mich aus Anlass des oben bezeichneten Ereignisses behandelt haben oder zukünftig behandeln werden, gegenüber der ReIntra GmbH Gesellschaft zur medizinisch-berufskundlichen Beratung und Reintegration von Unfallopfern von ihrer Schweigepflicht.

Sofern zur medizinischen Beurteilung der Ereignisfolgen auf ereignisunabhängige Vorerkrankungen und Vorschädigungen eingegangen werden muss, bezieht sich meine Erklärung auch hierauf.

Ich ermächtige Versicherungsträger, Behörden und sonstige Institutionen, die aus Anlass des oben bezeichneten Ereignisses tätig wurden oder zukünftig tätig werden, der ReIntra GmbH die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Im Weiteren ermächtige ich meinen Arbeitgeber \* \_\_\_\_\_ der ReIntra GmbH Informationen über meinen dortigen Tätigkeitsbereich zur Verfügung zu stellen.

Diese Auskunftsermächtigungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung kann von mir jederzeit generell aber auch im Einzelfall mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)

\* vollständige Firmenangabe