

BTZ-VdK Rehawerk Straubing gGmbH
Rennbahnstraße 44 / 46
94315 Straubing
☎ 09421 / 99 67 - 0

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich

Name.....Vorname.....

Geb.

Anschrift:

meine/n Arzt / Ärztin

Name: _____

Klinik: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

- für das Aufnahmeverfahren und für die Dauer der Maßnahme der beruflichen Rehabilitation-
von der Schweigepflicht und bin mit der Übersendung der (ärztlichen) Unterlagen an Herrn Dr. Erbacher bzw. Frau Kroner, Straubing, sowie an die Psychologen im BTZ-VdK Rehawerk Straubing gGmbH einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift