

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich:

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

Geb.

Anschrift:

- für das Aufnahmeverfahren, für die Dauer der Maßnahme der beruflichen Rehabilitation und die Nachbetreuungszeit- von der Schweigepflicht.

meine/n Arzt/ Ärztin/Therapeutin/Klinik:

Name/Klinik: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

Ich bin mit der Übersendung der (medizinischen) Unterlagen an Herrn Dr. Erbacher bzw. Dr. Brandl, Straubing, sowie an die Psychologen im BTZ-VdK Rehawerk Straubing gGmbH einverstanden

Ort, Datum

Unterschrift