
**Auskunftsermächtigung und
Schweigepflichtenentbindungserklärung**

Erklärungsgeber:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

Betrifft:

Unfall vom

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

Sofern zur medizinischen Beurteilung der Unfallfolgen auf unfallunabhängige 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 Unfalls tätig wurden oder zukünftig tätig werden, der ReIntra GmbH die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Im Weiteren ermächtige ich meinen Arbeitgeber,

vollständige
Firmenangabe

der ReIntra GmbH Informationen über meinen dortigen Tätigkeitsbereich zur Verfügung zu stellen.

Diese Auskunftsermächtigungs- und Schweigepflichtenentbindungserklärung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift