

## Erklärung

Betrifft: \_\_\_\_\_  
(Mandant)

Ereignis vom:  
(Unfall, Erkrankung etc.) \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich - insbesondere auch im Namen des oben bezeichneten Mandanten - damit einverstanden, dass die ReIntra GmbH Gesellschaft zur medizinisch-berufskundlichen Beratung und Reintegration von Unfallopfern zur Optimierung des medizinischen Heilbehandlungsprozesses und zur Wahrung der bisherigen beruflichen und sozialen Situation des oben bezeichneten Mandanten mit seinem Arbeitgeber, Ärzten, Angehörigen anderer Heilberufe sowie Bediensteten von Krankenanstalten und aus Anlass des genannten Ereignisses involvierten Versicherungsträgern und Behörden sowie dem Mandanten selber in Kontakt tritt.

Diese Erklärung steht unter dem Vorbehalt, dass die ReIntra GmbH nicht selbstständig befugt ist, auf Grund der gewonnenen Erkenntnisse in den Heilbehandlungs- und Rehabilitationsprozess einzugreifen. Sämtliche diesbezügliche Maßnahmen bedürfen der vorherigen Genehmigung des Erklärungsgebers oder des Mandanten.

Ebenso ist die ReIntra GmbH nicht befugt, Willenserklärungen im Namen des Mandanten oder des Erklärungsgebers abzugeben oder Ansprüche in deren Namen geltend zu machen oder anzuerkennen.

Diese Erklärung kann jederzeit mit Wirkung ex nunc widerrufen werden. Wird von diesem Recht Gebrauch gemacht, dürfen der ReIntra GmbH vorliegende, aber noch nicht an den Haftpflichtversicherer des Schädigers weitergeleitete Informationen nicht mehr verwertet werden.

Die Tätigkeit der ReIntra GmbH erfolgt für den oben bezeichneten Mandanten und den diesen vertretenden Erklärungsgeber kostenfrei.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Kanzleistempel und Unterschrift