

Erklärung

Name:

Vorname:

Adresse:

.....

Telefon:

Geburtsdatum:

Aktenzeichen
Versicherung:

Mit der Beauftragung der reharecare GmbH, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, Pilgersheimer Straße 20, 81543 München, zur Unterstützung meiner beruflichen und gesundheitlichen Rehabilitation, erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

Ich befreie die von ihrer Schweigepflicht gegenüber der reharecare GmbH, Gesellschaft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, und ermächtige diese, die notwendigen Auskünfte zu erteilen sowie die medizinischen und beruflichen Gutachten oder Unterlagen auszuhändigen.

Die reharecare GmbH verpflichtet sich, meine Daten ausschließlich zum Zwecke der medizinischen und beruflichen Rehabilitation zu speichern.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift