

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Anschrift

Hiermit entbinde ich

folgende Person/-en **Fachärzte/-ärztinnen bei Vorerkrankungen wie Kardiologie, Gastroenterologie, Onkologie und weitere – bitte benennen**

Vor- und Nachname(n)

Telefon

E-Mail

Fax

Vollständige Anschrift

und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte der bwlV Fachklinik Rhein-Neckar
wechselseitig von ihrer Schweigepflicht.

Die Schweigepflichtentbindung bezieht sich auf folgende Zwecke und Inhalte:

Sämtliche Fragestellungen hinsichtlich Gesundheitsdaten und ggf. Substitution.

Die Übermittlung kann schriftlich, elektronisch, telefonisch oder im persönlichen Gespräch erfolgen.

Diese Einwilligung ist Voraussetzung, um eine qualifizierte Behandlung sicherzustellen.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt für den Zeitraum des Bewerbungsverfahrens und der Behandlung im bwlV.

Ort, Datum

Unterschrift Rehabilitand:in (Signatur auch digital möglich)