

Prozess Aufnahme

Entbindung von der Schweigepflicht und Einverständniserklärung

Ich bin unterrichtet über die vertragliche und gesetzliche Schweigepflicht, der Ärzte, Diplompsychologen und staatlich anerkannte Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und deren Mitarbeiter unterliegen.

Hiermit entbinde ich....., geboren am.....

(Bitte tragen Sie Ihren Namen und Vornamen ein)

- Frau Dr. med./Herrn Dr. med.....
- Das Klinikum.....
- Folgende Einrichtung.....
- Die Begutachtungsstelle der/des

(z.B. Deutsche Rentenversicherung, Agentur für Arbeit)

von der Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitenden des RPK-Landsberg (Herzogsägmühle).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Mitarbeitenden von Herzogsägmühle meine Mitteilungen und was anderweitig über mich bekannt wird, untereinander und mit externen Stellen(z.B. Kostenträgern) austauschen und weitergeben können, soweit dies im Interesse der Hilfe für mich unbedingt erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass bei anderen Stellen, bei denen ich betreut wurde, Auskünfte über mich angefordert werden können und ich entbinde diese Stellen von der Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass zur Abklärung der Kostenfrage die der Herzogsägmühle überlassenen Arztberichte an die in Frage kommenden Kostenträger (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Arbeitsamt u.ä.) übersandt werden dürfen.

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die Mitarbeitenden der Abteilung *Aufnahme und Verwaltung der Rehabilitationseinrichtung Landsberg* die Kostenklärung für meinen ambulanten oder vollstationären Aufenthalt in der RPK-Landsberg in meinem Auftrag übernehmen und erteile hierfür eine -jederzeit widerrufliche- Vollmacht.

Datum _____

Unterschrift _____