

Liebe Interessenten,
liebe Rehabilitanden,

wie Sie wissen benötigen wir von Ihnen einige Schweigepflichtsentbindungen, um Leistungen für Sie zu beantragen.

Bitte beachten Sie, dass jede Stelle (Arzt, Krankenkasse, Klinik, Behörde etc.) eine gesonderte Schweigepflichtentbindung benötigt. Möchten Sie also 5 Schweigepflichtsentbindungen erteilen, füllen Sie bitte dementsprechend auch 5 Formulare aus.

Wir haben Ihnen gleich mehrere Formulare beigelegt. Sollten Sie noch weitere Vordrucke benötigen finden Sie diese auf www.erpeka.de unter Downloads.

Nachfolgend eine kurze Ausföüllhilfe zu den Schweigepflichtsentbindungen. Sollten Sie Unterstützung beim Ausfüllen benötigen, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Hiermit entbinde ich, **Max Mustermann**, geboren am **XX.XX.XXXX** Tag, Monat, Jahr
(bitte tragen Sie hier Ihren Namen und Vornamen ein) (bitte tragen Sie hier Ihr Geburtsdatum ein)

- das Klinikum:** bitte tragen Sie hier den Namen der Klinik ein, die Sie von der Schweigepflicht befreien möchten
z.B. Bezirksklinikum Musterstadt
- Frau Dr. med./Herrn Dr. med.:** bitte trage Sie hier Name und die Anschrift **Ihres/Ihrer behandelnden Arztes/Ärztin** ein, den/die Sie von der Schweigepflicht entbinden möchten
z.B. Frau Dr. Anna Jedermann, Jedermann-gasse 5; 99999 Jedermannstadt
- folgende Einrichtung bzw. öffentliche Stelle:** bitte tragen Sie hier **den für Sie zuständigen Träger** mit Adresse ein, den Sie von der Schweigepflicht befreien möchten
z.B. ▪ Rentenversicherung in Jedermannstadt ▪ Bezirk Musterstadt ▪ Krankenkasse in Musterdorf
▪ Agentur für Arbeit in Jedermannstadt
- die Begutachtungsstelle bzw. den ärztlichen Dienst meiner/meines zuständigen:** bitte kreuzen Sie **den für Sie zuständigen Träger** an, den Sie von der Schweigepflicht befreien möchten
 Agentur für Arbeit in Jedermannstadt
 Deutsche Rentenversicherung in Musterstadt
 Jobcenter in Jedermann-dorf
- Angehörige:** bitte tragen Sie hier **Name und Ihren Beziehungsstatus zu dieser Person** ein, die Sie von der Schweigepflicht entbinden möchten
z.B. Jens Mustermann, Mustermannstraße 40, 88888 Musterstadt, Vater
- Rechtliche Betreuung:** bitte tragen Sie, **sofern vorhanden**, hier **den Namen Ihres/Ihrer rechtlichen Betreuers/Betreuerin** mit, den/die Sie von der Schweigepflicht befreien möchten
z.B. Frau Julia Jedermann

....., den **Bitte Unterschrift nicht vergessen!!**