

Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht/Datengeheimnis
(§ 11 DSGVO-EKD)

Hiermit entbinde ich,

Name: _____ Vorname: _____

Weitere Vornamen: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

folgende Einrichtung/Person von der Schweigepflicht/Datengeheimnis

gemäß § 26 DSGVO-EKD, § 53 BDSG, § 5 KDG

Psychotherapeut/in, Psychiater/in, Arztpraxis, Klinik/Krankenhaus, Person

Name: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

gegenüber dem

Wichern.RPK
Rehabilitationszentrum
für psychisch kranke Menschen
Wingertstraße 5
67071 Ludwigshafen

zwecks Prüfung der Aufnahme sowie Planung und Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder in anderer geeigneter Form widerrufen kann. Der Widerruf wird mit seinem Eingang beim Verantwortlichen wirksam. Bis zu diesem Zeitpunkt bleibt die Datenverarbeitung rechtmäßig.

Die Verarbeitung meiner Daten erfolgt auf Grundlage der oben genannten gesetzlichen Bestimmungen längstens bis zum Abschluss der Maßnahme, sofern sie nicht vorher widerrufen wird.

Ort, Datum

Unterschrift