

Bitte senden Sie diese Erklärung ausgefüllt und unterschrieben mit dem Antrag auf Beteiligung an den Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme an uns zurück.

---

Teilnehmernummer

---

Name

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

Posteingang beim VW

Versorgungswerk  
der Architektenkammer Sachsen  
Gustav-Adolf-Straße 2  
01219 Dresden

## Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht

Ich ermächtige das Versorgungswerk der Architektenkammer Sachsen zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben, alle Ärzte über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen; ebenso Krankenanstalten und Krankenhäuser, die mich bisher behandelt haben und auch Behörden sowie Versicherungsunternehmen und Versorgungseinrichtungen. Die Ermächtigung zur Nachprüfung und Befragung gilt auch hinsichtlich meiner Vermögens- und Einkommensverhältnisse gegenüber dem Arbeitgeber, Behörden u. ä., soweit erforderlich.

Ich entbinde die Personen und Einrichtungen, die gemäß dieser Erklärung von dem Versorgungswerk der Architektenkammer Sachsen befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht bzw. Pflicht der Einhaltung der Verschwiegenheit (z. B. Datenschutz) auch über meinen Tod hinaus.

Ich bin damit einverstanden, dass die Rehabilitations-Klinik eine Kopie des Bewilligungsbescheides sowie der medizinischen Unterlagen erhält (bitte diesen Passus ggf. streichen).

---

Datum

---

Unterschrift des Antragstellers