

Einwilligungserklärung der/des Versicherten betreffend Verhaltensregeln während des stationären Rehabilitationsverfahrens

Name und Sozialversicherungsnummer der/des Versicherten:

Ich erkläre hiermit aufgrund eigener, frei verantwortlicher Entscheidung, folgende Verhaltensregeln während meines gesamten stationären Rehabilitationsverfahrens einzuhalten:

- Keine Ausgänge mit mehreren Personen (nur alleine),
- kein Besuch von Lokalen sowie
- das Tragen einer Mund- und Nasenschutzmaske wird dort verlangt, wo die Abstandsregeln schwer einzuhalten sind.
- Ein Besuchsverbot gilt für den gesamten Aufenthalt!

Im Zusammenhang mit den angeführten Verhaltensregeln willige ich ein, dass bei einem Verstoß einer solchen das Rehabilitationsverfahren umgehend beendet wird.

Ferner erkläre ich, dass ich mir über die mit einer allenfalls vorzeitigen Beendigung des Rehabilitationsverfahrens eventuell verbundenen nachteiligen Folgen, insbesondere für meine Gesundheit, bewusst bin.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherte/r