

## Einverständniserklärung zur Weiterleitung personenbezogener Daten

---

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Versicherungsnummer:

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass (Zuweiser)

meine personenbezogenen Daten an die Deutsche Rentenversicherung zwecks einer möglichen Teilnahme am Modellprojekt „Koordination individueller Teilhabe – Bedarfsermittlung und Leistungserbringung wie aus einer Hand“ (KIT) und der Kontaktaufnahme durch die Deutsche Rentenversicherung weiterleiten darf. Ich wurde hinreichend über das Projekt KIT und das damit verbundene Fallmanagement sowie das Screening informiert.

Folgende personenbezogene Daten dürfen an die Deutsche Rentenversicherung weitergegeben werden: Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Versicherungsnummer und Screeningdaten.

Hinweise: Ihre Einwilligung ist freiwillig. Ohne die Einwilligung können Ihre personenbezogenen Daten jedoch nicht weitergeleitet werden, sodass eine Teilnahme am Modellprojekt bzw. am Fallmanagement nicht möglich ist. Weitere Nachteile entstehen Ihnen hierdurch nicht.

Sie können Ihre Einwilligung auch jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder elektronisch widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der auf ihrer Grundlage bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ihren Widerruf senden Sie bitte an:

Name Zuweiser:

Adresse:

Sie haben gegenüber (Zuweiser)

außerdem jederzeit das Recht auf Berichtigung, Auskunft, Einschränkung und Löschung Ihrer Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben.

Ihre erhobenen und gespeicherten Daten werden gelöscht, soweit sie für die Erfüllung gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift