- **Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover**
  Standort Braunschweig, Kurt-Schumacher-Str. 20, 38091 Braunschweig
- **Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover**
  Hauptverwaltung Hannover, Lange Weihe 6, 30880 Laatzen

Deutsche Rentenversicherung
Braunschweig-Hannover

Versicherungsnummer

Name, Vorname

Erklärung der versicherten Person zur Einbindung der Werksärztinnen, Werksärzte, Betriebsärztinnen und Betriebsärzte in den Rehabilitationsprozess

Die enge Zusammenarbeit zwischen den oben genannten Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern, der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und den Rehabilitationseinrichtungen dient dem gemeinsamen Ziel einer möglichst dauerhaften Teilhabe der beschäftigten Personen am Arbeitsleben. Die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover erfüllt als Rehabilitationsträger damit einen Auftrag des Gesetzgebers, nämlich durch Leistungen zur Teilhabe Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit oder ein vorzeitiges Ausscheiden ihrer Versicherten aus dem Arbeitsleben zu verhindern. Zur besseren Einbindung der Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner erhalten diese nach Abschluss der Rehabilitationsleistung Fragebögen zum Verlauf der betrieblichen Wiedereingliederung. Die Fragebögen werden durch die Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner ausgefüllt und im Rahmen der Qualitätssicherung an die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover übersandt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- meine Werksärztin, mein Werksarzt, meine Betriebsärztin oder mein Betriebsarzt einen Befundbericht zu meinen gesundheitlichen Einschränkungen inklusive einer Beschreibung meines Arbeitsplatzes erstellt und der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover beziehungsweise der Rehabilitationseinrichtung und meiner Hausärztin oder meinem Hausarzt nebst gegebenenfalls vorliegender medizinischer Befunde übersendet. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die Ärztinnen und Ärzte der Rehabilitationseinrichtung sowie alle anderen Beteiligten einen Überblick zu den gesundheitlichen Problemen sowie über die wesentlichen Arbeitsplatzanforderungen und Arbeitsplatzprobleme erhalten. Dazu werden Daten zum Krankheitsbild, zur Krankheitsvorgeschichte, zu aktuellen Beschwerden und Funktionseinschränkungen, zu bestehenden Risikofaktoren und psycho-sozialen Belastungsfaktoren, zu Untersuchungsbefunden und bisherigen Therapien sowie weitere Informationen, die Einfluss auf die Bewilligung und Durchführung der Rehabilitation haben, von den oben genannten Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern erhoben und der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover übersandt.

- diese Unterlagen (Befundbericht und Arbeitsplatzbeschreibung et cetera) im Falle einer Bewilligung der Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung gestellt werden.

- meine Werksärztin, mein Werksarzt, meine Betriebsärztin oder mein Betriebsarzt von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover über die Entscheidung zu meinem Rehabilitationsantrag informiert wird.

- meine Werksärztin, mein Werksarzt, meine Betriebsärztin oder mein Betriebsarzt vor, während und nach der Rehabilitation Kontakt mit den Ärztinnen und Ärzten oder den Therapeutinnen und Therapeuten der Rehabilitationseinrichtung aufnehmen kann, um die Rehabilitationsschwerpunkte und Rehabilitationsinhalte abzustimmen.

G1741-10
Version 01001

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt

- meine Werksärztin, mein Werksarzt, meine Betriebsärztin oder mein Betriebsarzt von der Rehabilitationseinrichtung über das Ergebnis der Rehabilitation informiert wird. Hierzu wird die Rehabilitationseinrichtung einen ärztlichen Entlassungsbericht erstellen sowie Hinweise zum Leistungsvermögen am Arbeitsplatz geben. Die wesentlichen Inhalte der zu übermittelnden Informationen werden zwischen Ihnen und der Ärztin beziehungsweise dem Arzt der Rehabilitationseinrichtung vor der Entlassung aus der Rehabilitationsleistung besprochen.

- die ausgefüllten Fragebögen von meiner Werksärztin, meinem Werksarzt, meiner Betriebsärztin oder meinem Betriebsarzt an die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover gesandt werden.

Anschrift der versicherten Person:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

(Ort und Datum)

(Unterschrift der versicherten Person)

G1741-10
Version 01001