

Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------------------

MSAT / MSNR
-------------

Stempel der Rehabilitationseinrichtung
--

### Einwilligungserklärung zur Ablage in der Patientenakte

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Aufenthalt voraussichtlich vom - bis	

Ich bin darüber informiert, dass es im Rahmen der von mir durchgeführten Leistung zur medizinischen Rehabilitation / Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zweckmäßig ist, den Betriebsarzt, Werksarzt beziehungsweise Personalarzt sowie gegebenenfalls behandelnde Ärzte in den Rehabilitationsverlauf einzubeziehen.

Um den größtmöglichen Rehabilitationserfolg zu erzielen und die anschließende Wiederaufnahme meiner beruflichen Tätigkeit nachhaltig zu unterstützen, bin ich damit einverstanden, dass der Arzt der Rehabilitationseinrichtung und der Betriebsarzt, Werksarzt beziehungsweise Personalarzt und / oder mein behandelnder Arzt telefonisch beziehungsweise schriftlich Kontakt zueinander aufnehmen.

Inhalt des Telefonats oder des Schreibens ist die Klärung folgender Fragen / Sachverhalte:

--

Sofern darüber hinausgehende Themen besprochen werden sollen, bedarf es hierfür einer weiteren Einwilligungserklärung.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist und ich keine Nachteile zu erwarten habe, wenn ich mit der oben beschriebenen Kontaktaufnahme nicht einverstanden bin.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten / des Versicherten



