



--

Versicherungsnummer

--

Absender

--

Name, Vorname

## **Einverständniserklärung des Versicherten zur Übersendung des ausführlichen Entlassungsberichtes an den Werks-/Betriebsarzt**

Die enge Zusammenarbeit zwischen Werks-/Betriebsarzt, der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland und den Rehabilitationseinrichtungen dient dem gemeinsamen Ziel einer möglichst dauerhaften Teilhabe des Beschäftigten am Arbeitsleben. Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland erfüllt als Rehabilitationsträger damit den Auftrag des Gesetzgebers, durch Leistungen zur Teilhabe Beeinträchtigungen auf die Erwerbsfähigkeit oder ein vorzeitiges Ausscheiden ihrer Versicherten aus dem Arbeitsleben zu verhindern. Zur besseren Einbindung des Werks-/Betriebsarztes erhält dieser nach Abschluss der Rehabilitation zwei Fragebögen zum Verlauf der betrieblichen Wiedereingliederung.

### **Ich erkläre mich damit einverstanden,**

dass mein Werks-/Betriebsarzt von der Reha-Einrichtung über das Ergebnis der Rehabilitation informiert wird. Hierzu wird die Reha-Einrichtung den ausführlichen Reha-Entlassungsbericht erstellen sowie Hinweise zum Leistungsvermögen am Arbeitsplatz geben. Die wesentlichen Inhalte der zu übermittelnden Informationen werden zwischen dem Arzt der Reha-Einrichtung und dem Patienten vor der Entlassung aus der Rehabilitationsleistung besprochen.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift der Versicherten/des Versicherten