



Einverständniserklärung des/der Versicherten zur Übersendung des ausführlichen Entlassungsberichtes an den Werks-/Betriebsarzt bzw. an die Werks-/Betriebsärztin

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
|---------------------|

Versicherter/Versicherte

| | |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
|---------------|--------------|

Die enge Zusammenarbeit zwischen Werks-/Betriebsarzt bzw. Werks-/Betriebsärztin, der Deutschen Rentenversicherung Nord und den Rehabilitationseinrichtungen dient dem gemeinsamen Ziel einer möglichst dauerhaften Teilhabe des/der Beschäftigten am Arbeitsleben. Die Deutsche Rentenversicherung Nord erfüllt als Rehabilitationsträger damit den Auftrag des Gesetzgebers, durch Leistungen zur Teilhabe Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit oder ein vorzeitiges Ausscheiden ihrer Versicherten aus dem Arbeitsleben zu verhindern. Zur besseren Einbindung des Werks-/Betriebsarztes bzw. der Werks-/Betriebsärztin erhält dieser/diese nach Abschluss der Rehabilitation den ausführlichen Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtung.

Ich erkläre mich damit einverstanden,

dass mein Werks-/Betriebsarzt bzw. meine Werks-/Betriebsärztin 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 bzw. der Ärztin der Reha-Einrichtung und dem Patienten bzw. der Patientin vor der Entlassung aus der Rehabilitationsleistung besprochen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten



Einverständniserklärung des/der Versicherten zur Übersendung des ausführlichen Entlassungsberichtes an den Werks-/Betriebsarzt bzw. an die Werks-/Betriebsärztin

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
|---------------------|

Versicherter/Versicherte

| | |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
|---------------|--------------|

Die enge Zusammenarbeit zwischen Werks-/Betriebsarzt bzw. Werks-/Betriebsärztin, der Deutschen Rentenversicherung Nord und den Rehabilitationseinrichtungen dient dem gemeinsamen Ziel einer möglichst dauerhaften Teilhabe des/der Beschäftigten am Arbeitsleben. Die Deutsche Rentenversicherung Nord erfüllt als Rehabilitationsträger damit den Auftrag des Gesetzgebers, durch Leistungen zur Teilhabe Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit oder ein vorzeitiges Ausscheiden ihrer Versicherten aus dem Arbeitsleben zu verhindern. Zur besseren Einbindung des Werks-/Betriebsarztes bzw. der Werks-/Betriebsärztin erhält dieser/diese nach Abschluss der Rehabilitation den ausführlichen Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtung.

Ich erkläre mich damit einverstanden,

dass mein Werks-/Betriebsarzt bzw. meine Werks-/Betriebsärztin 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 bzw. der Ärztin der Reha-Einrichtung und dem Patienten bzw. der Patientin vor der Entlassung aus der Rehabilitationsleistung besprochen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten