



Ich entbinde die genannten Ärzte und Therapeuten insoweit von der Schweigepflicht. Im Übrigen unterliegen diese gegenüber Dritten selbstverständlich weiterhin der ärztlichen Schweigepflicht.

Mit dem Austausch von Informationen zwischen den Projekt-Beteiligten - insbesondere der Übermittlung des ausführlichen Entlassungsberichtes an den Werksärztlichen Dienst - bin ich

- einverstanden.  
 nicht einverstanden.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

**Der Widerruf ist zu richten an:**

Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz  
Reha-Strategie und -Projekte  
Stärke durch Vernetzung / ATAD 3313  
67340 Speyer

**Hinweis zum Datenschutz**

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter:

[www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen)

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

---

Datum

---

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten