

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 beziehungsweise die Betriebliche Sozialberatung 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

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten