



- eine kurze Zusammenfassung des ausführlichen Entlassungsberichtes - nur das Deckblatt / Seite 1 - der Krankenkasse zugeleitet wird.

**Den nachfolgenden sozialen Einrichtungen der SCHOTT AG darf ein ausführlicher Entlassungsbericht vorgelegt werden (gegebenenfalls bitte ankreuzen):**

- Betriebsrat / Vertrauensperson der Schwerbehinderten SCHOTT AG, Mainz  
Heiko Frey, Rufnummer 06131 66-4548

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

**Einwilligung in die Übermittlung von Sozialdaten**

Die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz wird Daten bei den jeweiligen Kooperationspartnern erheben.

Diese Daten beschränken sich innerhalb des Modellprojekts auf Inhalt und Erfolg meiner Leistung zur medizinischen Rehabilitation, die Arbeitsfähigkeit vor und nach dieser Leistung sowie die Wiedereingliederung. Die Datenerhebung erfolgt unter Einhaltung der Vorschriften des Datenschutzes. Insofern werden die Daten anonym ausgewertet, nicht an Dritte, **insbesondere nicht an den Arbeitgeber**, weitergegeben und nach Abschluss des Modellprojektes gelöscht.

Ich stimme zu, dass

- die vorliegenden sozialmedizinischen Daten in die Auswertung einbezogen werden.
- die sozialmedizinischen Daten aus dem Zeitraum 2 Jahre vor und 2 Jahre nach meinem Rehabilitationsbeginn durch die Kooperationspartner zur ergänzenden Auswertung an die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz übermittelt werden.

Mit der Erhebung und entsprechenden Übermittlung zur Auswertung des Modellprojektes bin ich

- einverstanden.  
 nicht einverstanden.

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

**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