

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ATAD

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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



Modellprojekt „Stärke durch Vernetzung“

Einwilligungserklärung / Entbindung von der Schweigepflicht

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)		VSNR	Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer		telefonisch zu erreichen (Angabe freiwillig)		
Postleitzahl	Wohnort			

Über das **Modellprojekt „Stärke durch Vernetzung“** wurde ich informiert und möchte daran teilnehmen.

In diesem Rahmen bin ich damit einverstanden, dass

- die von mir beantragte Leistung zur medizinischen Rehabilitation in einer am Modellprojekt beteiligten Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden kann.
- alle am Modellprojekt beteiligten Ärzte und Therapeuten vor, während und nach Abschluss der Rehabilitation Informationen austauschen.

Dieser Austausch findet zwischen folgenden Beteiligten statt:

Ärztlicher Dienst der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Ärzte und Therapeuten der Rehabilitationseinrichtung und dem Arbeitsmedizinischen Dienst der Firma Boehringer Ingelheim.

Dabei werden Informationen über die Anforderungen an meinem Arbeitsplatz, meinen Gesundheitszustand und Maßnahmen zur Wiedereingliederung ausgetauscht.

- ein Doppel des ausführlichen Entlassungsberichtes an den Arbeitsmedizinischen Dienst der Firma Boehringer Ingelheim zugeleitet wird.

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

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

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten