

Versicherungsnummer

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

ATAD

--	--	--	--	--

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



## Projekt „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 **Projekt „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 Projekt beteiligten Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden kann.
- alle am Projekt beteiligten Ärzte und Therapeuten vor, während und nach Abschluss der Rehabilitation bis zur erfolgreichen Wiedereingliederung 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.

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

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

---

Datum

---

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten