



- 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