

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 Werksärztlichen Dienst der Firma ThyssenKrupp Rasselstein.

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

- ein Doppel des ausführlichen Entlassungsberichtes an den Werksärztlichen Dienst der Firma ThyssenKrupp Rasselstein 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

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten