

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, Therapeuten und Mitarbeiter des Sozialdienstes / der Sozialberatung 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, Therapeuten und Mitarbeiter des Sozialdienstes / der Sozialberatung der Rehabilitationseinrichtung und dem Werksärztlichen Dienst der Firma BASF SE.

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 BASF SE zugeleitet wird.

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

Ich entbinde die genannten Ärzte, Therapeuten und Mitarbeiter des Sozialdienstes / der Sozialberatung 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