

Versicherungsnummer	Häufigkeit
1	2
2	8
3	2
4	2
5	2
6	2
7	2
8	8
9	8
10	2
11	8

Absender

Name, Vorname

## **Einverständniserklärung des Versicherten zur Einbindung des Werks-/Betriebsarztes in den Rehabilitationsprozess**

Die enge Zusammenarbeit zwischen Werks-/Betriebsarzt, der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland und den Rehabilitationseinrichtungen dient dem gemeinsamen Ziel einer möglichst dauerhaften Teilhabe des Beschäftigten am Arbeitsleben. Die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland erfüllt als Rehabilitationsträger damit den Auftrag des Gesetzgebers, durch Leistungen zur Teilhabe Beeinträchtigungen auf die Erwerbsfähigkeit oder ein vorzeitiges Ausscheiden ihrer Versicherten aus dem Arbeitsleben zu verhindern. Zur besseren Einbindung des Werks-/Betriebsarztes erhält dieser nach Abschluss der Rehabilitation zwei Fragebögen zum Verlauf der betrieblichen Wiedereingliederung.

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass**

- mein Werks-/Betriebsarzt einen Befundbericht zu meinen gesundheitlichen Einschränkungen inkl. einer Beschreibung meines Arbeitsplatzes erstellt und der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland übersendet
- die von meinem Werks-/Betriebsarzt erstellte Arbeitsplatzbeschreibung zusammen mit dem ärztlichen Befundbericht im Fall der Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe der Reha-Einrichtung zur Verfügung gestellt wird
- mein Werks-/Betriebsarzt vor und während der Leistung zur Teilhabe mit dem Arzt der Reha-Einrichtung in Kontakt treten kann, um mit ihm Rehabilitationsschwerpunkte und Rehabilitationsinhalte abzustimmen.

Bitte senden Sie den vollständigen Entlassungsbericht an:

Name der Ärztin oder des Arztes	
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl 	Ort

.....  
Ort/Datum

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten