



Netzwerk Betriebs-/Werksärzte

Einwilligungserklärung

Name

Vorname

geb. am

Sozialversicherungsnummer

Ich wurde darüber informiert, dass die Betriebs- und Werksärzte mit dem Rentenversicherer zur Optimierung des Ergebnisses der medizinischen Rehabilitation zusammenarbeiten. So können notwendige Arbeitsplatzmaßnahmen möglichst frühzeitig geplant und eingeleitet werden, um unnötige Leerlaufzeiten im Anschluss an die medizinische Rehabilitation zu vermeiden. (Gemeinsame Vereinbarung der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd mit dem Verband Deutscher Betriebs/Werksärzte e.V.).

Ich bin damit einverstanden, dass

1. meinem Rehabilitationsantrag diese Einwilligungserklärung beigelegt wird und
2. während der Rehabilitation eine Zusammenarbeit im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht zwischen Ärzten in der Rehabilitationsklinik und

meinem Betriebs-/Werksarzt* erfolgt,

3. die Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung (Blatt 1 und 1a des Entlassungsberichts) am Entlassungstag an meinen Betriebs-/Werksarzt gefaxt wird. Es wird sichergestellt, dass das Fax-Gerät ausschließlich den Ärzten des betriebsärztlichen Dienstes zugänglich ist.

Die hiermit erteilten Erklärungen kann ich – ohne nachteilige rechtliche Folgen – jederzeit für die Zukunft schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter

*Name Ihres Betriebs-/Werksarztes

