

Versicherungsnummer
---------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------------------

MSAT / MSNR
-------------

## Einwilligungserklärung zur Vorlage bei der Deutschen Rentenversicherung Bund

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
beschäftigt bei	

Ich bin darüber informiert, dass es im Rahmen der von mir durchgeführten Leistung zur medizinischen Rehabilitation / Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zweckmäßig ist, den Betriebsarzt, Werksarzt beziehungsweise Personalarzt in den Rehabilitationsverlauf einzubeziehen.

Eine Kontaktaufnahme zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem Betriebsarzt, Werksarzt beziehungsweise Personalarzt soll dazu beitragen, den größtmöglichen Rehabilitationserfolg zu erzielen und die anschließende Wiederaufnahme meiner beruflichen Tätigkeit nachhaltig zu unterstützen.

**Ich bin damit einverstanden**, dass sich die für die Bearbeitung meines Rehabilitationsantrags zuständigen Mitarbeiter sowie die Ärzte der Deutschen Rentenversicherung Bund bei Bedarf telefonisch beziehungsweise schriftlich mit dem Betriebsarzt, Werksarzt beziehungsweise Personalarzt in Verbindung setzen.

**Ich bin ebenfalls damit einverstanden**, dass sich der Betriebsarzt, Werksarzt beziehungsweise Personalarzt mit den für die Bearbeitung meines Rehabilitationsantrags zuständigen Mitarbeitern sowie den Ärzten der Deutschen Rentenversicherung Bund bei Bedarf telefonisch oder schriftlich in Verbindung setzen kann, um Fragestellungen bezüglich des Rehabilitationsverfahrens zu klären.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit für die Zukunft zurück genommen werden. Mir ist bekannt, dass ich keine Nachteile zu erwarten habe, wenn ich mit der oben beschriebenen Kontaktaufnahme nicht einverstanden bin.

Sofern es zur Bewilligung und Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation / Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben kommt, kann auch hier eine Kontaktaufnahme zwischen dem Arzt der Rehabilitationseinrichtung und dem Betriebsarzt, Werksarzt beziehungsweise Personalarzt erforderlich werden. Hierfür bedarf es jedoch einer gesonderten Einwilligung. Das gilt gleichermaßen auch für die Übersendung des ärztlichen Entlassungsberichts an den Betriebsarzt, Werksarzt beziehungsweise Personalarzt nach Abschluss der Rehabilitationsleistung.

**Für Rückfragen erreichen Sie uns unter der Telefonnummer 030 865-60599 oder unter der Fax-Nummer 030 865-60241.**

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

