

Heike Roß, h.ross@rehacircle.de, Bahnhofstr. 46, 48607 Ochtrup, T.: 02553 – 97 31 30,

F: 02553 – 97 31 31, M: 0171 - 6842824

Entbindung von der Schweigepflicht und
Einwilligung in die Datenverarbeitung für das Reha-Management im Rahmen der Kraftfahrzeug-
Haftpflichtversicherung bzw. Allgemeinen Haftpflicht-Versicherung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel.:

Versicherung:

Aktenzeichen:

Einleitung

Für eine erfolgreiche Rehabilitation ist ein Informationsaustausch mit vielen an der Rehabilitation Beteiligten notwendig, um unter anderem alle Beteiligten auf den aktuellen Stand zu bringen, die Kostenträgerschaft festzustellen und Maßnahmen und Aktivitäten gestalten und organisieren zu können. Typischerweise an der Rehabilitation beteiligt sind insbesondere Ärzte, Psychologen, Ergo- und Physiotherapeuten, Logopäden, Kliniken und andere Therapeuten und Einrichtungen, gesetzliche Leistungsträger wie Kranken-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung, Arbeitsagenturen und Arbeitsgemeinschaften, Arbeitgeber sowie Maßnahmeträger der beruflichen Rehabilitation wie Berufsförderungswerke und ähnliches. Um den notwendigen Austausch von Informationen zu gewährleisten, ist für alle Beteiligten eine Erklärung erforderlich, damit die Reha Managerin,, zielführend und ohne Doppelaktivitäten sinnvoll tätig werden kann. Aus diesem Grund gebe ich die nachfolgenden Erklärungen ab (bitte entsprechendes ankreuzen!):

1. Einwilligung für Zwecke der medizinischen und beruflichen Rehabilitation

- Zur Unterstützung meiner medizinischen und beruflichen Rehabilitation entbinde ich
 - die mich behandelnden Ärzte,
 - Arbeitgeber,
 - Arbeitsagenturen und Argen,
 - die Krankenkasse,
 - die _____ BG/Unfallkasse,
 - die Deutsche Rentenversicherung _____
sowie deren jeweilige Mitarbeiter

von ihrer Schweigepflicht und willige darin ein, dass sie alle erforderlichen Informationen zum Zwecke der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation an die Reha Managerin,, übermitteln. Dies gilt insbesondere für meine Gesundheitsdaten, die Erteilung von Auskünften und die Weitergabe medizinischer sowie beruflicher Gutachten oder Unterlagen, soweit diese jeweils zur Unterstützung meiner Rehabilitation notwendig sind. Die Reha Managerin,, wird die über mich erhaltenen Informationen, insbesondere meine Gesundheitsdaten, zum Zweck meiner medizinischen und beruflichen Rehabilitation speichern und verarbeiten.

Mit dieser Erklärung stimme ich auch einer möglichen Einsicht der Akten durch den Fachbeirat und die Fairness-Stiftung bei der Reha Managerin,, zu, damit diese bei Bedarf die Einhaltung der Regeln des Code of Conduct und die Sicherung der Qualität überprüfen können. Die Unterlagen werden gemäß den gesetzlichen Bestimmungen 10 Jahre aufbewahrt.

2. Einwilligung zur Weitergabe der Daten an den Versicherer

Die Reha Managerin,, darf Daten ausschließlich zum Zwecke der Erreichung des Rehabilitationszieles erheben. Die von ihr erhobenen Daten darf sie nur zum Zwecke der Rehabilitation verwenden und weitergeben;

- ich willige daher ein, dass die Reha Managerin,, die erhobenen Daten zum Zwecke der Erreichung des Reha-Ziels an die **Versicherung** (nachfolgend: „Versicherer“) weitergibt. Hierzu zählen auch Gesundheitsdaten bei
 - den mich behandelnden Ärzten,
 - Arbeitsagenturen und Argen,
 - Arbeitgeber
 - der Krankenkasse,
 - der _____ BG/Unfallkasse,
 - der Deutsche Rentenversicherung _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungen jederzeit durch Mitteilung an die in dieser Einwilligung genannten Personen und Unternehmen, insbesondere an die Reha Managerin,, widerrufen kann.

- Die vorstehenden Einwilligungen möchte ich nicht erteilen. Ich wünsche, dass mich die Reha Managerin,, falls erforderlich, in jeder einzelnen Phase informiert, von welchen Personen, Institutionen oder Einrichtungen eine Auskunft oder Rückinformationen benötigt wird.

Ort, Datum

Unterschrift