

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname

Geburtsdatum

Personalnummer, Führungskraft

Ich bin darüber informiert worden, dass

Vorname Name

als Beauftragte(r) für das Betriebliche Eingliederungsmanagement die Aufgabe hat, mir dabei zu helfen, meine Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen sowie meinen Arbeitsplatz zu erhalten.

Um die dazu erforderlichen Maßnahmen ergreifen zu können, benötigt

Vorname Name

Informationen über meine Person und insbesondere über meine Arbeitsfähigkeit. Ich habe zugestimmt, dass eine elektronische Speicherung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten ausschließlich zum Zweck der Dokumentation und zur Erbringung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen und Hilfen vorgenommen wird.

Diese Erklärung erfolgte freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden. Mir wurde versichert, dass meine persönlichen Daten ohne mein ausdrückliches Einverständnis weder an meinen Arbeitgeber noch an Dritte weitergeleitet werden.

Daher entbinde ich _____

die mich behandelnden Ärzte und Ärztinnen _____

die mich betreuende(n) Person(en) _____

meinen Arbeitgeber _____

meine Krankenkasse _____

die Unfallversicherung _____

den Rentenversicherungsträger _____

die Agentur für Arbeit _____

sonstige Sozialversicherungsträger, nämlich _____

andere, nämlich _____

von der Schweigepflicht gegenüber

Vorname Name

Ort, Datum

Unterschrift



**Bitte halten Sie
beim Umgang mit
personenbezogenen
Daten die geltenden
Datenschutzgesetze
ein. Lesen Sie hierzu
die Arbeitshilfe 5
„Datenschutzerklärung“
unter aok.de/fk/bem.**