



Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname

Geburtsdatum

Personalnummer

Ich bin darüber informiert worden, dass Herr/Frau _____
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 er/sie In-
formationen 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 Einver-
ständnis weder an meinen Arbeitgeber noch an Dritte weitergeleitet werden.

- Daher entbinde ich _____
- die mich behandelnden Ärzte/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 Herrn/Frau _____

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte halten Sie beim Um-
gang mit personenbezo-
genen Daten die gelten-
den Datenschutzgesetze
ein. Lesen Sie hierzu die
Arbeitshilfe 5 „Daten-
schutzerklärung“ unter
aok.de/fk/bem.

