

# Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Personalnummer / Führungskraft

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 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/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 Umgang mit personenbezogenen Daten die geltenden Datenschutzgesetze ein. Lesen Sie hierzu die Arbeitshilfe 5 „Datenschutzerklärung“ unter [aok.de/fk/bem](https://www.aok.de/fk/bem).**