

Schweigepflichtentbindung – Einwilligung zur Weitergabe an Dritte im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) gemäß § 167 Abs. 2 SGB IX

Name:

Geburtsdatum:

Ansprechperson:

1. Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich folgende Personen gegenüber der oben genannten Ansprechperson von ihrer Schweigepflicht. Ich willige somit zur Weitergabe von Daten, die zur Durchführung von Betrieblichem Eingliederungsmanagement (BEM) notwendig sind, an die Ansprechperson ein.

Hausarzt/Hausärztin:

Name:
Anschrift:
Telefonnummer:

Facharzt/Fachärztin:

Name:
Anschrift:
Telefonnummer:

Weitere Personen:

Name:
Anschrift:
Telefonnummer:

2. Einwilligung zur Weitergabe von Daten an Dritte

Hiermit erlaube ich folgenden Institutionen die Weitergabe meiner Daten, die für die Durchführung von Betrieblichem Eingliederungsmanagement (BEM) erforderlich sind, an die Ansprechperson. Diese ist dazu berechtigt, entsprechende Daten anzufordern.

Kostenträger:

Adresse:
Telefonnummer:

Weitere Institutionen:

Adresse:
Telefonnummer:

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift