|  |
| --- |
| Empfänger/-in |

|  |
| --- |
| Absender, Ansprechpartner/-in |

Einwilligung zur Übermittlung von Informationen über nachgehende Leistungen an beteiligte Reha-Träger durch einen Reha-Leistungserbringer zum/nach Ende einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Sehr Auswahl [Name],

Auswahl  [Datum] haben wir seit dem Datum Leistungen des Reha-Trägers Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. erbracht. Informationen zum Datenschutz im Rehabilitationsverfahren haben Sie von Ihrem leistenden Reha-Träger Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. erhalten.

Um etwaigen Handlungsbedarf zur nachhaltigen Sicherung Ihrer Teilhabe (vgl. auch §§ 1, 4 und 19 SGB IX) rechtzeitig erkennen zu können, benötigen die am Rehabilitationsverfahren beteiligten Reha-Träger folgende Informationen über unsere Empfehlungen zu nachgehenden Leistungen bzw. über deren Einleitung. Dies ermöglicht die optimale Unterstützung im weiteren Verlauf.

* Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
* Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
* Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
* Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Eine Übermittlung vorgenannter Informationen über unsere Empfehlungen bzw. über die Einleitung nachgehender Leistungen an beteiligte Reha-Träger entspricht zwar dem Zweck der o. g. gesetzlichen Regelungen, sie ist aber nicht ausdrücklich gesetzlich vorgesehen. Deswegen bedarf es aus Gründen des Sozialdatenschutzes Ihrer Einwilligung.

Wir bitten Sie deshalb um Ihre Einwilligung auf nachstehendem Muster. Diese ist selbstverständlich freiwillig. Ebenso können Sie die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen oder abändern. Die Weitergabe der Informationen können Sie natürlich auch auf einzelne Datenkategorien beschränken. Wir beraten und informieren Sie gerne zu näheren Einzelheiten.

Freundliche Grüße

i. A.

**Einwilligung in eine Übermittlung von Informationen durch den Reha-Leistungserbringer über nachgehende Leistungen an beteiligte Reha-Träger**

Hiermit willige ich ein, dass der Reha-Leistungserbringer Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

* folgende Informationen über Empfehlungen bzw. die Einleitung nachgehender Leistungen vom Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. (ggf. Az.:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.)
* Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
* Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
* Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

an die im Rehabilitationsverfahren beteiligten Reha-Träger / den nachfolgend zuständigen Reha-Träger Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. übermittelt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift