



DMS 03117

Bitte an Fax 0180 578-6000 senden

**Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung
zur Vorlage bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV)**

Name: _____ **Vorname:** _____

wohnhaft: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer der DRV: _____

Ich willige ein, dass die DRV der **DKV Deutsche Krankenversicherung AG** mitteilt, ob bei mir die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, unter denen die DRV für eine medizinische Reha-Maßnahme leistet.

Die Einwilligung erteile ich ausschließlich zu dem Zweck, damit die nahtlose Einleitung einer Anschlussheilbehandlung (AHB) zu meinem derzeitigen Krankenhausaufenthalt erfolgen kann. Ich bin darüber informiert, dass meine Daten nur zu dem oben genannten Zweck verwendet werden.

Ich willige weiter ein, dass die DKV der DRV die im Rahmen ihrer Anfrage erforderlichen personenbezogenen Daten mitteilt, die die DRV zur Feststellung des Anspruchs benötigt. Insoweit befreie ich die für die DKV tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich weiß, dass ich die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abgeben muss. Diese Entscheidung ist **freiwillig**. Ich kann die Auskünfte auch selber beibringen. Ich weiß, dass die DKV den Anspruch erst dann abschließend prüfen kann, wenn die Auskünfte des Rentenversicherers vorliegen.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Erklärung jederzeit gegenüber der DKV widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Datenverarbeitung, die aufgrund der Erklärung bis zum Widerruf erfolgt ist.

Ort, Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname) Patient/Patientin oder ggf.
des gesetzlichen Vertreters

=====

Vom Unternehmen der Privaten Krankenversicherung auszufüllen:

Versicherungsnummer: KV _____

Sachbearbeiter: Frau / Herr _____

Tel.: 0221 578- _____

Fax: 0221 578-6000.