



Einwilligungserklärung nach Artikel 6, 13 und 45 des Bundesdatenschutzgesetzes

Zur Berechnung des Übergangsgeldes benötigt die Krankenkasse bestimmte personenbezogene Daten wie **Aufnahme-/Entlassungstag, Arbeits(-un)fähigkeit, Unterbrechung der Maßnahme** welche sie bei der Ostseeklinik Schönberg-Holm erfragen. Zur Weitergabe dieser Angaben benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Ich bin mit der Übermittlung meiner personenbezogenen Daten an meine Krankenkasse

einverstanden nicht einverstanden

Auskunftsermächtigung für Angehörige/sonstige Personen

Ich bin mit der Auskunftserteilung an folgende Personen während meines Rehabilitationsaufenthaltes in der Ostseeklinik Schönberg-Holm einverstanden

1.

Name, Vorname

Anschrift

2.

Name, Vorname

Anschrift

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und ist ohne Angabe von Gründen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

Datum

Unterschrift des Patienten