

**Einverständniserklärung für die Übermittlung
personenbezogener Daten einschließlich Gesundheitsdaten**

Hiermit erkläre ich,

....., geb. Tel.:/.....
(Vorname) (Name) (Datum) (Telefonnummer)

wohnhaf in:
(Straße) (Hausnummer) (PLZ) (Wohnort)

mich damit einverstanden, dass die
(Berufsgenossenschaft / Unfallkasse)

meine personenbezogenen Daten (dazu zählen auch Gesundheitsdaten oder berufliche Daten) ausschließlich zum Zweck der Rehabilitation oder der Reha-Arbeitsvermittlung

.....
(Beschreibung des Rehabilitationsziels)

an den beauftragten Rehabilitationsdienst

InReha GmbH – Partner für neue Ziele, Havighorster Weg 8a, 21031 Hamburg

oder rehabilitationsbezogen an sonstige Stellen

.....
(Name, Anschrift)

weitergeben darf und entbinde hierfür die Mitarbeiter der o.g. Berufsgenossenschaft bzw. Unfallkasse von ihrer gesetzlichen oder vertraglichen Schweigepflicht.

.....
Ort, Datum, Unterschrift des Geschädigten, bzw. des gesetzlichen Vertreters