

Zur Anforderung von Unterlagen und Befunden nachfolgend aufgeführter Stellen und Personen für das Aufnahmeverfahren, die Rehabilitationsmaßnahme, die Nachsorge sowie die damit verbundenen Anträge von Leistungen

Hiermit entbinde ich, _____, geboren am _____
(bitte tragen Sie hier Ihren Namen und Vornamen ein)

1. das Klinikum:

2. Frau Dr. med./ Herrn Dr. med.:

3. folgende Einrichtung bzw. öffentliche Stelle:

4. die Begutachtungsstelle bzw. den ärztlichen Dienst meiner/s zuständigen:

- Agentur für Arbeit in
- Deutsche Rentenversicherung in
- Jobcenter in



5. Angehörige:

6. Rechtliche Betreuung:

und die ERPEKA Nürnberg gGmbH gegenseitig von der Schweigepflicht. Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Informationen (personenbezogene Auskünfte bzw. Unterlagen, medizinische Befunde/Berichte) zur Steuerung meiner Reha-Maßnahme in der ERPEKA weitergegeben werden können. Die übermittelten personenbezogenen Daten werden Teil meiner Reha-Akte in der ERPEKA.

Ort, Datum

Unterschrift

Ausföhlhilfe

Liebe Interessenten,
liebe Rehabilitanden,

wie Sie wissen, benötigen wir von Ihnen einige Schweigepflichtsentbindungen, um Leistungen für Sie zu beantragen.

Bitte beachten Sie, dass jede Stelle (Arzt, Krankenkasse, Klinik, Behörde etc.) eine gesonderte Schweigepflichtentbindung benötigt. Möchten Sie also 5 Schweigepflichtsentbindungen erteilen, füllen Sie bitte dementsprechend auch 5 Formulare aus.

Wir haben Ihnen gleich mehrere Formulare beigelegt. Sollten Sie noch weitere Vordrucke benötigen finden Sie diese auf www.erpeka.de unter Downloads.

Nachfolgend eine kurze Ausföhlhilfe zu den Schweigepflichtsentbindungen. Sollten Sie Unterstützung beim Ausfüllen benötigen, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Hiermit entbinde ich, Max Mustermann, geboren am XX.XX.XXXX Tag, Monat, Jahr
(bitte tragen Sie hier Ihren Namen und Vornamen ein) (bitte tragen Sie hier Ihr Geburtsdatum ein)

- das Klinikum:** bitte tragen Sie hier den Namen der Klinik ein, die Sie von der Schweigepflicht befreien möchten
z.B. Bezirksklinikum Musterstadt
- Frau Dr. med./Herrn Dr. med.:** bitte trage Sie hier Name und die Anschrift **Ihres/Ihrer behandelnden Arztes/Ärztin** ein, den/die Sie von der Schweigepflicht entbinden möchten
z.B. Frau Dr. Anna Jedermann, Jedermanngasse 5; 99999 Jedermannstadt
- folgende Einrichtung bzw. öffentliche Stelle:** bitte tragen Sie hier **den für Sie zuständigen Träger** mit Adresse ein, den Sie von der Schweigepflicht befreien möchten
z.B. ▪ Rentenversicherung in Jedermannstadt ▪ Bezirk Musterstadt ▪ Krankenkasse in Musterdorf
▪ Agentur für Arbeit in Jedermannstadt
- die Begutachtungsstelle bzw. den ärztlichen Dienst meiner/meines zuständigen:** bitte kreuzen Sie **den für Sie zuständigen Träger** an, den Sie von der Schweigepflicht befreien möchten
 Agentur für Arbeit in Jedermannstadt
 Deutsche Rentenversicherung in Musterstadt
 Jobcenter in Jedermanndorf
- Angehörige:** bitte tragen Sie hier **Name und Ihren Beziehungsstatus zu dieser Person** ein, die Sie von der Schweigepflicht entbinden möchten
z.B. Jens Mustermann, Mustermannstraße 40, 88888 Musterstadt, Vater
- Rechtliche Betreuung:** bitte tragen Sie, **sofern vorhanden**, hier **den Namen Ihres/Ihrer rechtlichen Betreuers/Betreuerin** mit, den/die Sie von der Schweigepflicht befreien möchten
z.B. Frau Julia Jedermann

....., den

Bitte Unterschrift nicht vergessen!!

Informationen zum Datenschutz

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns sehr wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Daten erheben, speichern oder weiterleiten. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in diesem Zusammenhang haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Die Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung liegt bei der ERPEKA, ein externer Datenschutzbeauftragter ist bestellt. Zur Entgegennahme einer Abfrage oder eines Anliegens wenden Sie sich bitte an unsere interne Datenschutzkoordinatorin Frau Christina Viezens, Telefon 0911-93600-0.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um die angestrebte Rehabilitation in der ERPEKA beantragen bzw. durchführen zu können und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen, Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a und c DSGVO.

Hierzu verarbeiten wir ihre personenbezogenen Daten, insbesondere ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere an der Vorbehandlung beteiligte Personen (z.B. Haus- oder Fachärzte und Kliniken) erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch Andere, die an ihrer Behandlung beteiligt sind (z.B. Hausärzte oder Fachärzte und Kliniken) Daten (in Arztbriefen) zur Verfügung stellen.

Die Erhebung von Daten ist Voraussetzung für ihre Beantragung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Begleitung und die beabsichtigte Antragstellung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger ihrer personenbezogenen Daten können vor allem die Träger der Sozialversicherung, von diesen beauftragte Stellen (z.B. der Medizinische Dienst der Krankenversicherung), andere Ärzte, Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen sowie Ämter und Behörden sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Beantragung der Rehabilitationsmaßnahme und zur Klärung von medizinischen und rehabilitationsbezogenen Fragestellungen sowie ggf. sich aus ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Die Übermittlung von Daten erfolgt nur an berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren ihre personenbezogenen Daten nur solange auf wie dies auch für die Durchführung der angestrebten Rehabilitation erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Rehabilitation in der ERPEKA aufzubewahren.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen bzw. dass diese jederzeit vervollständigt werden können.

Darüber hinaus steht ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Eine Datenübermittlung in Drittländer erfolgt nicht.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

**Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht
(BayLDA)
Promenade 27
91522 Ansbach**

Telefon: +49 (0) 981 53 1300
Fax: +49 (0) 981 53 98 1300

poststelle@lda-bayern.de; www.lda-bayern.de

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 Tit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz: Nr. 1Tit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.