

III.3.6 DOKUMENT: EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG - WEITERGABE AN DRITTE

Name, Vorname	
Betrieb/ Abteilung	Personalnummer
Vorgesetzte/ r	Kostenstelle

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR ÜBERMITTLUNG AN DRITTE

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Übermittlung nachfolgend bezeichneter Daten zum Zwecke des betrieblichen Eingliederungsmanagements an

(Institution/Rehabilitationsträger/Leistungserbringer)

einverstanden bin:

<input type="checkbox"/>	Informationsgespräch vom		(ggf. einschließlich Gesundheitsdaten)
<input type="checkbox"/>	Erstgespräch vom		(ggf. einschließlich Gesundheitsdaten)
<input type="checkbox"/>	Verlaufsdokumentation vom		(ggf. einschließlich Gesundheitsdaten)
<input type="checkbox"/>	Arztbericht von Herrn/Frau		vom
<input type="checkbox"/>	Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes		
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:		

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter(in)