



**nach Artikel 6, 13 und 45 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**

---

In manchen Fällen (z.B. zur Berechnung des Übergangsgeldes) benötigt die Krankenkasse bestimmte personenbezogenen 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 und nach meinem Rehabilitationsaufenthalt in der Ostseeklinik Schönberg-Holm einverstanden

1. Notfallkontakt

---

Name, Vorname

---

Anschrift

---

Telefon

2. Arzt, der den Entlassungsbericht erhalten soll

---

Name, Vorname

---

Anschrift

---

Telefon

---

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

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Datum

---

Unterschrift des Patienten