

- Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
Standort Braunschweig, Kurt-Schumacher-Str. 20, 38091 Braunschweig
- Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover
Hauptverwaltung Hannover, Lange Weihe 2/4, 30880 Laatzen



**Deutsche
Rentenversicherung**

Braunschweig-Hannover

Versicherungsnummer

Per FAX an
DRV **0511 829-3376** **und**
BDH-Klinik **05152 781-257**

Angaben zur Person

Fall wurde im G.-Ref. RH erfasst

_____ Datum, Name

Name, Vorname
Straße und Hausnummer
Postleitzahl und Wohnort
Telefon

Absender

Rehabilitationseinrichtung

Kurzantrag für die Teilnahme am FINE-Projekt in der BDH-Klinik Hessisch-Oldendorf

Hierbei handelt es sich um eine vorzeitige Leistung zur medizinischen Rehabilitation mit mit einem speziellen Training, das auf beruflichen Aufgaben vorbereitet. Über die geplanten Inhalte sowie eventuelle Zuzahlungsverpflichtungen bin ich von den Ärzten beziehungsweise Mitarbeitern der Rehabilitationseinrichtung informiert worden.

Der Flyer wurde mir ausgehändigt.

Ich verpflichte mich, der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover sämtliche Änderungen in meinen Verhältnissen nach Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation, die für eine Entscheidung über diesen Antrag oder im Verwaltungsverfahren relevant sind, mitzuteilen.

Hierzu zählen insbesondere:

- Beendigung der Arbeitsunfähigkeit
- Beginn einer stufenweisen Wiedereingliederung
- Beantragung einer Versichertenrente
- Änderung der Bankverbindung
- Wechsel der Krankenkasse

Erklärung und Information der Antragstellerin beziehungsweise des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können. Ich **verpflichte mich**, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (z.B. Leistungen aus der gesetzlichen Renten-, Unfall-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110/111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches – Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) bzw. der §§ 116 / 199 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches – Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Information

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (z.B. zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Abs. 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten widersprechen kann.

Ort, Datum

Unterschrift