



Die **Gesundheitskasse**
für Sachsen und Thüringen.

Name, Vorname

Versichertennummer

Einwilligungserklärung

zur Beantragung einer *)

- stationären Vorsorgemaßnahme** (§ 23 SGB V)
- medizinischen Rehabilitationsmaßnahme** (§ 40 SGB V)
- Mutter(-Kind)-Maßnahme** (§ 24 SGB V oder § 41 SGB V)
- Vater(-Kind)-Maßnahme** (§ 24 SGB V oder § 41 SGB V)

*) bitte Zutreffendes ankreuzen

Hiermit willige ich ein, dass die AOK PLUS Unterlagen, die ich der AOK PLUS über meine Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 und 65 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) hinaus freiwillig überlassen habe, für Zwecke der Beratung und Begutachtung an den zuständigen Medizinischen Dienst (MD) weitergeben darf.

ja nein

Hiermit willige ich außerdem ein, dass die AOK PLUS Unterlagen (z. B. Befunde), die ich der AOK PLUS über meine Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 und 65 SGB I hinaus freiwillig überlassen habe, an die Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung weitergeben darf.

ja nein

Ich willige ein, dass die von mir gespeicherten Kommunikationsdaten (Telefonnummer, E-Mail-Adresse etc.) an die Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung weitergegeben werden dürfen.

ja nein

Wird ein Gutachten durch den MD erstellt willige ich ein, dass dieses Gutachten an meine/n verordnende/n Ärztin/Arzt weitergegeben werden darf.

ja nein

Ich willige ein, dass die Entscheidung der AOK PLUS über meinen Antrag einem Angehörigen, einer Person meines Vertrauens oder meiner Pflegeeinrichtung übersandt wird. (Teilen Sie bitte mit, an wen die Entscheidung zu senden ist.)

ja _____ nein
Name des Angehörigen/ der Vertrauensperson/ der Pflegeeinrichtung

Ort, Datum

Unterschrift

Erhöhung des Service der AOK PLUS

Im Zusammenhang mit der Bearbeitung Ihres Vorsorge- bzw. Rehabilitationsantrages kann es kurzfristig zu Fragen kommen. Um Ihnen in diesem Fall eine schnellere Bearbeitung zu ermöglichen, bitten wir Sie nachfolgend Ihre Telefonnummer einzutragen. Die Angabe Ihrer Telefonnummer beruht auf Freiwilligkeit.

Meine Telefonnummer für Rückfragen ist: _____

Ich bin Nutzer der Online-Geschäftsstelle der AOK PLUS. ja nein

Nennen Sie bitte Ihre behandelnden Ärzte der letzten 12 Monate:

Name	Fachrichtung	in Behandlung seit	Anschrift

Raum für Ihre Hinweise und Bemerkungen:

Hinweis zum Datenschutz:

Die Unterlagen, die Sie uns über Ihre Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 und 65 SGB I hinaus freiwillig für Ihren Antrag auf Leistungen zu Ihrer oben angegebenen Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme zur Verfügung stellen, werden zum Zweck der Beratung und Begutachtung von der AOK PLUS an den zuständigen Medizinischen Dienst (MD) und an die Einrichtung der oben angegebenen Leistung weitergegeben und von diesen verarbeitet. Die Weitergabe und Verarbeitung erfolgt erst, wenn Sie eingewilligt haben. Die Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.

Ihr Einverständnis können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK PLUS, Sternplatz 7 in 01067 Dresden oder über jeden anderen unserer Servicekontakte wahrnehmen. Ebenso können Sie den Widerruf elektronisch unter plus.aok.de/inhalt/widerruf-einer-erteilten-einwilligung übersenden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/datenschutz-rechte/. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK PLUS, Sternplatz 7 in 01067 Dresden oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@plus.aok.de.