UKH
Unfallkasse Hessen

Die Unfallkasse Hessen informiert (Stand: April 2018)

Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)

(Angelehnt an: Handlungsleitfaden für ein BEM, Arbeitspapier 199, Hans-Böckler-Stiftung)

Name: Vorname:

Personal-Nummer:

Vorgesetzte*r:

Ich bin darüber informiert worden, dass Herr/Frau _____ als Beauftragte*r für das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) die Aufgabe hat, mir dabei zu helfen, meine Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen sowie meinen Arbeitsplatz zu erhalten.

Um die dazu erforderlichen Maßnahmen ergreifen zu können, benötigt er/sie Informationen über meine Person und insbesondere über meine Arbeitsunfähigkeit. Ich habe zugestimmt, dass eine elektronische Speicherung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten ausschließlich zum Zweck der Dokumentation und zur Erbringung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen und Hilfen vorgenommen wird.

Diese Erklärung erfolgte freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden. Mir wurde versichert, dass meine persönlichen Daten ohne mein ausdrückliches Einverständnis weder an meine/n Arbeitgeber*in noch an Dritte weitergeleitet werden.

Daher entbinde ich

☐ die mich behandelnden Ärzte/Ärztinnen _____
☐ die mich betreuende(n) Person(en) _____
☐ meinen/meine Arbeitgeber*in _____
☐ meine Krankenkasse _____
☐ die Unfallversicherung _____
☐ den Rentenversicherungsträger _____
☐ die Agentur für Arbeit _____
☐ sonstige Sozialversicherungsträger, nämlich _____
☐ andere, nämlich _____

von der Schweigepflicht gegenüber Herr/Frau _____

Ort, Datum Unterschrift Mitarbeiter*in