

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG zur Vorlage beim Rentenversicherungsträger

Bitte kreuzen Sie Ihren Rentenversicherungsträger an:

- Deutsche Rentenversicherung Westfalen,
- Deutsche Rentenversicherung Bund,
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See oder
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**wohnhaft:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass sich Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung bei den für die Bearbeitung meines Präventionsantrages zuständigen Mitarbeitern der Deutschen Rentenversicherung bei Bedarf telefonisch oder schriftlich über den aktuellen Bearbeitungsstand informieren dürfen, um möglichst früh Planungssicherheit zu erhalten.

Mit einer entsprechenden Mitteilung über die Entscheidung meines Antrages an die Rehabilitationseinrichtung durch die Mitarbeiter der Deutschen Rentenversicherung bin ich ebenfalls einverstanden.

Für die weitere und zeitnahe Bearbeitung des Antrages ist es wichtig, dass die Rehabilitationseinrichtung Kenntnis darüber hat, bei welchem Träger der Rentenversicherung ich versichert bin. Ich bin damit einverstanden, dass sich die Rehabilitationseinrichtung bei der Deutschen Rentenversicherung zu diesem Zweck nach dem für mich zuständigen Rentenversicherungsträger erkundigen kann.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit für die Zukunft zurück genommen werden. Mir ist bekannt, dass ich keine Nachteile zu erwarten habe, wenn ich mit der oben beschriebenen Kontaktaufnahme bzw. Verfahrensweise nicht einverstanden bin.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift