**Einwilligung zur Inanspruchnahme der individuellen Beratung (§ 44 Abs. 4 SGB V)**

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

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

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

**KV-Nummer:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich möchte die individuelle Beratung in Anspruch nehmen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über Inhalte und Zielsetzungen der individuellen Beratung und Hilfestellung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, informiert wurde. Dies gilt auch für die in diesem Zusammenhang erforderliche/n Datenerhebungen, -verarbeitung und -nutzung. Ich bin damit einverstanden, dass die BKK24 meine personenbezogenen Daten, die ihr aufgrund anderer Rechtsgrundlagen übermittelt wurden, für diesen Zweck verarbeitet oder nutzt. Ich bin damit einverstanden, dass die BKK24 darüber hinaus erforderliche personenbezogene Daten für diesen Zweck erhebt, verarbeitet oder nutzt. Diese Einwilligung gilt für die komplette Dauer der derzeitigen Arbeitsunfähigkeit. Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung freiwillig ist und jederzeit schriftlich widerrufen werden kann. Die Verweigerung der Einwilligung und ein etwaiger Widerruf haben keine Auswirkungen auf meinen Krankengeldanspruch. Im Fall des Widerrufs werden die auf Grundlage der Einwilligung gespeicherten Daten (Sozialdaten) nach § 84 Absatz 2 SGB X unverzüglich gelöscht.

|  |
| --- |
|  |
| Datum | Unterschrift des Versicherten |