**BKK24****Sülbecker Brand 1**

**31683** **Obernkirchen**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |        |
| Versichertennummer: |        |
| Arbeitsunfähig ab: |        |

Ich möchte die individuelle Beratung in Anspruch nehmen. Dies kann folgende Maßnahmen umfassen:
• Zusatz- und Extraleistungen der BKK24
• Psychologische Unterstützung durch unseren Vertragspartner IVPNetworks
• Gesundheitsprogramme oder Präventionskurse
• Beratung zu Behandlungsprogrammen Ihrer Ärzte
• Maßnahmen zur Rehabilitation
• Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über Inhalte und Zielsetzungen der individuellen Beratung und Hilfestellung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowie der möglichen in Betracht kommen Maßnahmen informiert wurde. Dies gilt auch für die in diesem Zusammenhang erforderliche personenbezogenen Verarbeitung meiner Daten.

Ich stimme zu, dass die BKK24 meine notwendigen personenbezogenen Daten für diesen Zweck verarbeitet werden, sowie die Daten, die Ihnen aufgrund anderer rechtlicher Grundlagen übermittelt wurden.

Diese Einwilligung gilt für die komplette Dauer der derzeitigen Arbeitsunfähigkeit.
Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung freiwillig ist und jederzeit schriftlich oder elektronisch widerrufen werden kann. Die Verweigerung der Einwilligung und ein etwaiger Widerruf haben keine Auswirkungen auf meinen Krankengeldanspruch.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift |

Hinweis: Im Falle des Widerrufs werden die auf Grundlage der Einwilligung gespeicherten Daten (Sozialdaten) nach § 84 Absatz 2 SGB X unverzüglich gelöscht.