

Versichertennummer:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung zur individuellen Beratung und Hilfestellung durch die hkk für die Arbeitsunfähigkeit**

ab dem \_\_\_\_\_

**Ich möchte die individuelle Beratung und Hilfestellung für die Dauer der derzeitigen Arbeitsunfähigkeit in Anspruch nehmen und stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner hierfür erforderlichen Daten zu.**

ja     nein

Die Einwilligung zur Inanspruchnahme dieses individuellen Beratungsangebots ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich bei der hkk widerrufen werden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über Inhalt und Ziele der individuellen Beratung und Hilfestellung zur Wiederherstellung meiner Gesundheit und Arbeitsfähigkeit und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung umfassend informiert wurde. Ich habe das Merkblatt gelesen. Mir ist bekannt, dass die Nichtabgabe dieser Einwilligungserklärung oder ein späterer Widerruf zu keinen Nachteilen und insbesondere zu keinen Leistungsbeschränkungen für mich führt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DS-GVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken- und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet. Mehr Infos erhalten Sie unter [www.hkk.de/datenschutz](http://www.hkk.de/datenschutz) und in unseren Geschäftsstellen. Für weitere Fragen hierzu kontaktieren Sie uns gerne.