

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenweitergabe für Übungsleiter/innen im ärztlich verordneten Rehabilitationssport nach §64 SGB IX

Hiermit willige ich _____ (Name, Vorname, Geb.-Dat.) darin ein, dass meine personenbezogenen Daten auf dem Formular ÜL des bundeseinheitlichen Anerkennungsverfahrens des Deutschen Behindertensportverbandes e.V. zum ärztlich verordneten Rehabilitationssport durch den Verein

_____ (Verantwortlicher: _____, Kontakt: _____) erhoben, gespeichert und übermittelt werden dürfen.

Folgende Daten werden durch den Verein _____ zum Zweck der Antragstellung zur Ausstellung einer Anerkennung als Leistungserbringer im ärztlich verordneten Rehabilitationssport, der Antragsstellung zur Anerkennung von Angeboten im ärztlich verordneten Rehabilitationssport sowie zur fortlaufenden Qualitätssicherung von anerkannten Rehabilitationssportangeboten erhoben, gespeichert und an den Landesverband _____ des Deutschen Behindertensportverbandes e.V. übermittelt.

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Anschrift (Straße, PLZ, Ort)
- Informationen zur Lizenz
 - o jeweiliger Indikationsbereich/Profil der Lizenz
 - o Lizenz ausgestellt am
 - o Lizenz gültig bis
- ggf. Zusatzqualifikation Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins

Folgende Daten werden durch den Landesverband _____ des Deutschen Behindertensportverbandes e.V. im Rahmen der Übermittlung der anerkannten Rehabilitationssportgruppen an Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX übermittelt und im Internet veröffentlicht:

- Name, Vorname

Freiwilligkeit der Einwilligung und Recht zum Widerruf:

Ich bin darüber aufgeklärt, dass die Einwilligung in die Datenerhebung und -weitergabe freiwillig erfolgt und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Ein Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung.

Folgen des Widerrufs:

Ein Widerruf der freiwilligen Einwilligung hat zur Folge, dass ich für die Gruppen des Vereins nicht weiter als Übungsleitung im Rahmen des ärztlich verordneten Rehabilitationssports tätig sein kann und die Anerkennung der bisher durch mich betreuten Angebote im ärztlich verordneten Rehabilitationssport unmittelbar widerrufen wird.

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte beachten Sie auch unsere weiteren Datenschutzhinweise auf beiliegendem Informationsblatt (bitte mit aushändigen).