

## Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenweitergabe für Ansprechpartner im ärztlich verordneten Rehabilitationssport nach §64 SGB IX



Hiermit willige ich \_\_\_\_\_ (Name, Vorname, Geb-Datum) darin ein, dass meine personenbezogenen Daten auf dem Formular M des bundeseinheitlichen Anerkennungsverfahrens des Deutschen Behindertensportverbandes e.V. zum ärztlich verordneten Rehabilitationssport durch den Rehasportwelt e. V.

**Verantwortlicher:** \_\_\_\_\_,

**Kontakt:** \_\_\_\_\_ erhoben, gespeichert und übermittelt werden dürfen.

Folgende Daten werden durch den Rehasportwelt e. V. zu folgenden Zwecken erhoben und gespeichert:

- Antragstellung zur Ausstellung einer Anerkennung als Leistungserbringer im ärztlich verordneten Rehabilitationssport,
- Antragsstellung zur Anerkennung von Angeboten im ärztlich verordneten Rehabilitationssport
- fortlaufende Qualitätssicherung von anerkannten Rehabilitationssportangeboten und an den Landesverband Württembergischen Behinderten- und Rehabilitationssportverband e.V. (WBRS) des Deutschen Behindertensportverbandes e.V. übermittelt:

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

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

**Anschrift** (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

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 die Anerkennung des Vereins als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX unmittelbar widerrufen wird.

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