

**Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenweitergabe für  
Mediziner/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 M 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)
- Kontaktdaten
- Medizinische Fachrichtung

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:**

- 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 oder die Anerkennung der bisher durch mich überwachten Rehabilitationssportangebote unmittelbar widerrufen wird.

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

## Weitere Informationspflichten nach Artikel 13 und Artikel 14 DSGVO:

### Ansprechpartner zum Datenschutz:

Datenschutzbeauftragte Person des Vereins:

\_\_\_\_\_, Kontakt: \_\_\_\_\_

Landesdatenschutzbeauftragter \_\_\_\_\_ (*Bundesland, in dem der Verein beheimatet ist*), Kontakt: \_\_\_\_\_

### Rechtsgrundlage der Verarbeitung:

Die Verarbeitung erfolgt in der Regel aufgrund der Erforderlichkeit zur Erfüllung eines Vertrages nach Artikel 6, Absatz 1 b der EU-DSGVO. Werden personenbezogene Daten verarbeitet, ohne dass die Verarbeitung zur Erfüllung des Vertrages erforderlich ist, erfolgt die Verarbeitung aufgrund einer Einwilligung nach Artikel 6 Abs. 1 a i. V. m. Artikel 7 EU-DSGVO.

### Dauer der Speicherung:

Die personenbezogenen Daten werden solange gespeichert, wie die hiermit verbundenen Angebote im ärztlichen verordneten Rehabilitationssport durch den Landesverband \_\_\_\_\_ des DBS anerkannt sind und die Aufbewahrungsfrist der abrechnungsrelevanten Unterlagen gemäß § 147 AO, in der Regel zehn Jahre, nicht verstrichen ist.

Der betreffenden Person stehen unter den in den Artikeln jeweils genannten Voraussetzungen die nachfolgenden Rechte zu, dabei sind die *Folgen des Widerrufs* zu beachten:

- das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO,
- das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO,
- das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO,
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO,
- das Recht auf Datenübertragbarkeit nach Artikel 20 DSGVO,
- das Widerspruchsrecht nach Artikel 21 DSGVO,
- das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde nach Artikel 77 DSGVO.