



Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX

DE

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Name Träger/Verein: _____

Der Landesverband Sachsen für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e.V. (LVS/PR) darf alle für die Entscheidung über die Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport von mir erforderlichen personenbezogenen Daten erheben, speichern und weiterverarbeiten.

Es handelt sich hierbei insbesondere um folgende Daten:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Informationen über meine Übungsleiterlizenz sowie Informationen zu meiner Qualifikation.

Die Daten werden verwendet um zu ermitteln, ob die Voraussetzungen für die Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport erfüllt sind. Die personenbezogenen Daten werden auch für Zwecke der Statistik erhoben. Die Weitergabe an den Bundesverband und die Landesvertretungen des Verbandes der Ersatzkassen e.V., die Primärkrankenkassen und andere Kostenträger erfolgt zum Zweck der Prüfung der Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport, zur Mitgliederbetreuung, sowie zu Abrechnungszwecken. Des Weiteren willige ich in die Veröffentlichung der Daten zur Rehabilitationssportgruppe im Internet und in sonstigen Medien, welche der LVS/PR nutzt, ein.

Alle patientenbezogenen Daten sind streng vertraulich zu behandeln und vor dem Zugriff Dritter zu schützen. Die Unterlagen dienen der internen Kommunikation zwischen Ärztin/Arzt, Übungsleitenden und Kostenträgern.

Widerrufsmöglichkeit

Diese Erklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Soweit die Daten jedoch zur Durchführung und Abrechnung als Leistungserbringen von Rehabilitationssport notwendig sind, kann dies zur Aberkennung des Trägers/der Gruppe führen. Wir versichern, dass diese Erklärung allen Übungsleitenden und Ärzten in schriftlicher Form vorliegt.

Rechtsverbindlich für den Träger der Herzsportgruppe

_____, _____,
Ort Datum

_____, _____, _____
Name, Vorname Funktion Unterschrift

Für den Ansprechpartner des Trägervereins

_____, _____,
Ort Datum

_____, _____, _____
Name, Vorname Funktion Unterschrift