

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

Hiermit willige ich,

\_\_\_\_\_ ,

(Name, Vorname, Geb.-Dat.)

darin ein, dass der

\_\_\_\_\_

(Namen und Anschrift des Vereins)

meine personenbezogenen Daten auf dem Formular M des bundeseinheitlichen  
Anerkennungsverfahrens des Deutschen Behindertensportverbandes e.V. von  
Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX

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

erhebt und speichert.

Ich willige ferner darin ein, dass folgende personenbezogene Daten an den Landesverband  
\_\_\_\_\_ des Deutschen Behindertensportverbandes e.V.  
weitergegeben werden:

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Ich bin darüber belehrt, dass die Einwilligung freiwillig ist.

Ich bin darüber belehrt, dass die Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

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

Bitte beachten Sie auch unsere weiteren Datenschutzhinweise auf beiliegendem