

Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung zur auftragsbezogenen Datenverarbeitung

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter _____

Versicherung _____

Versicherungsnummer _____

Schadendatum _____

1. Präambel

Zur

Organisation und/oder Begutachtung

meiner

meiner pflegerischen Versorgung

meiner beruflichen Eingliederung

der Anpassung meines Wohnumfeldes

der Sicherung meiner Mobilität

wünsche ich, dass die Reha Assist Deutschland GmbH die notwendigen Auskünfte, insbesondere auch Gesundheitsdaten, anfordert und verarbeitet.

2. Rechtsgrundlage, Einwilligung in die Datenverarbeitung

- (1) Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten, auch die besonderen persönlichen Daten, wie z. B. meine Gesundheitsdaten, im Rahmen der gesetzlichen Regelungen der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes -neu- (BDSG) von der Reha Assist Deutschland GmbH gespeichert und zum Zwecke der Auftragserfüllung an nachfolgende genannten Empfänger weitergegeben werden:
- An die beauftragende Versicherung (unter Einhaltung der Verhaltensregeln des "Code of Conduct des Reha- Managements", sofern vereinbart).
 - An den dem Beirat der Reha Assist Deutschland GmbH, damit der Beirat die Einhaltung der Regeln des "Code of Conduct des Reha- Managements" überprüfen kann. Diese Überprüfung dient der Sicherstellung der Neutralität und Unabhängigkeit in der Beratung und dient damit meinen Interessen.
 - An Dritte (Erfüllungspartner, z.B. Ärzte, Therapeuten, Sozialdienste und sonstige Leistungserbringer), z.B. zur Einschätzung der medizinischen Situation, zur Behandlung oder zur Sicherstellung der Versorgung. Diese Dritten berechtige ich zum Zwecke der weiteren Leistungserbringung, die auftragsrelevanten Daten, insbesondere auch die Gesundheitsdaten, zu verarbeiten.
- (2) Art. 6 Abs. 1 lit. a) und b) DS-GVO stellen die Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten dar.

3. Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit befreie ich aus Anlass des o.g. Ereignisses die mich behandelnden Ärzte und Therapeuten, meinen Arbeitgeber, die zuständigen Träger der Sozialversicherung (z.B. Krankenkasse, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung) und Dienstleister (z.B. Pflegedienst) von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Reha Assist Deutschland GmbH und ermächtige diese Institutionen, die notwendigen Auskünfte zu erteilen sowie die medizinischen und beruflichen Gutachten und Unterlagen auszuhändigen.

4. Wissenschaftliche Forschung

Ich willige ein, dass die Reha Assist Deutschland GmbH meine im Rahmen dieser Erklärung überlassenen Daten, insbesondere zum Heilungsverlauf, in Kooperation mit Hochschulen und anerkannten Instituten wissenschaftlich auswertet, um die Nachhaltigkeit der Heil- und Therapieverfahren und der Behandlungspfade zu bewerten und zu optimieren sowie neue Behandlungskonzepte zu entwickeln und das Gesundheitssystem, insbesondere die medizinischen und sozialversicherungsrechtlichen Einrichtungen, weiter zu entwickeln. Eine Weitergabe von Daten an Dritte im Rahmen der Forschung erfolgt ausschließlich in anonymisierter bzw. pseudonymisierter Form.

5. Rechtsnachfolger

Ich willige ein, dass die von der Reha Assist Deutschland GmbH aufgrund der vorliegenden Datenschutzerklärung erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Informationen, Daten und Unterlagen, insbesondere auch die Gesundheitsdaten, an einen etwaigen Rechtsnachfolger der Reha Assist Deutschland GmbH bzw. einen Erwerber des Auftragsbestandes bzw. des

Unternehmens weitergegeben werden, damit auch dieser seine vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen als Rechtsnachfolger der Reha Assist Deutschland GmbH erfüllen kann.

Information zum Widerruf

Die Einwilligung zur Verwendung, Speicherung und Weitergabe aller gesammelten und vorhandenen Daten – einschließlich der Gesundheitsdaten – kann durch mich jederzeit und ohne Begründung für die Zukunft widerrufen werden. Die an der Aufgabenerfüllung beteiligten Kooperationspartner werden sofort über den Widerruf informiert und verpflichtet, unverzüglich die gesetzlichen Regelungen der DS-GVO und des BDSG-neu umzusetzen. Führt der Widerruf dazu, dass der in der Präambel geregelte Vertragszweck nicht erfüllt werden kann, endet automatisch die vereinbarte Verpflichtung der Reha Assist Deutschland GmbH. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, mich beim zuständigen Landesdatenschutzbeauftragten zu beschweren.

Zustimmung zur E-Mail-Kommunikation

Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich, dass ich mit einer unverschlüsselten E-Mail zur Auftragsabwicklung einverstanden bin. Dieses Einverständnis erteile ich ausdrücklich auch für den Fall, dass in der E-Mail Nachricht besondere persönliche Daten, wie z.B. Gesundheitsdaten, enthalten sind. Sofern ich bereits die besonderen persönlichen Daten per unverschlüsselter E-Mail an die Reha Assist Deutschland GmbH gesandt habe, genehmige ich die nicht verschlüsselte Kommunikation bis auf Widerruf für die Zukunft.

Ja

Nein

Einwilligungserklärung

In Bezug auf die Verarbeitung und Weitergabe der besonderen persönlichen Daten nach Maßgabe dieser Vereinbarung, einschließlich der Gesundheitsdaten, erkläre ich meine Einwilligung, die ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann. Ebenso erkläre ich meine Einwilligung zur Entbindung von der Schweigepflicht.

Ich als betroffene Person kann mich jederzeit mit allen Fragen und Anregungen zum Datenschutz direkt an den Datenschutzbeauftragten der Reha Assist Deutschland GmbH wenden.

Weitere Informationen zur verarbeitenden Stelle, die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten, zur Datenverarbeitung an sich sowie umfangreiche Informationen über meine Rechte finde ich unter <https://www.reha-assist.com/datenschutz>.

.....
Ort, Datum - Unterschrift der versicherten Person/des gesetzlichen Vertreters/des Bevollmächtigten