



## **Einwilligung zur Übermittlung personenbezogener Daten an den Kostenträger**

### **Welche Daten werden übermittelt?**

Name, Vorname, Anschrift, Krankenkasse, Versicherten-Nr., Geburtsdatum und der Umfang der Rehabilitations-Maßnahme.

### **An wen werden diese Daten übermittelt?**

Die Daten werden an den Hessischen Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband e.V. und an opta data Abrechnungs GmbH, Berthold-Beitz-Blvd. 514, 45141 Essen weitergeleitet. Sowie an die jeweiligen Krankenkassen.

### **Warum werden diese personenbezogenen Daten übermittelt?**

Zweckbestimmung ist die Abrechnung der erbrachten Leistungen mit der jeweiligen Krankenkasse.

### **Werden diese personenbezogenen Daten auch an weitere Dritte (Personen, Firmen oder Öffentliche Stellen im In- und Ausland) übermittelt?**

Eine Weiterleitung an weitere Stellen findet nicht statt.

Die Einwilligung zur Übermittlung personenbezogener Daten an den Kostenträger ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. In dem Fall einer Widerrufung dieser Einwilligung teilt der TV-Wehen diesen Widerruf dem Hessischen Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband e.V. mit.

**Hiermit willige ich einer Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an den Kostenträger ein.**

---

Ort, Datum

Vor und Zuname

-----  
Unterschrift