



Einverständnis – Kostenübernahmeantrag für die Teilnahme an der Onkologischen Trainings- und Bewegungstherapie OTT®

Hiermit erkläre ich

Name (in Druckbuchstaben), Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass die vom Ambulanten Reha-Centrum Halle erhaltenen Patient*innendaten von MYAIRBAG – Training gegen Krebs GmbH für die Antragstellung auf Erstattung der Kosten für die „Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie“ (OTT®) bei meiner Krankenkasse verwendet werden dürfen. Zu diesem Zwecke ist MYAIRBAG berechtigt, diese Daten abzulegen und zu speichern.

Versicherteninformationen:

- Straße:
- PLZ & Ort:
- Krankenkasse:
- Versichertennummer:
- Diagnose (ICD-Nummer):
- zuweisende*r Arzt*in:

Datenschutz:

Persönliche Informationen/Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und werden nicht an Dritte weitergegeben. Dritte sind nicht von der MYAIRBAG mit der Datenverarbeitung beauftragte Unternehmen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die oben genannten Aufzeichnungen unter Beachtung der anwendbaren datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben, nur firmenintern elektronisch gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu erhalten. Ich kann auch durch eine einseitige Erklärung und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligungserklärung per Telefon, Fax, E-Mail oder Post mit Wirkung für die Zukunft – und nicht für bereits veröffentlichte/verwendete Daten widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift



