

Einwilligung Datenverarbeitung und -speicherung und Auftrag Beantragung

Vorname:	Name:	Datum:	Kunden-ID
<p>Hiermit beauftrage ich die Firma REHAVISTA GmbH, einen Leistungsantrag auf Hilfsmittelversorgung und Dienstleistungen gemäß der ihr übergebenen ärztlichen Verordnung bei den für mich zuständigen Kostenträgern zu stellen. In diesem Zusammenhang erkläre ich mich damit einverstanden, dass die REHAVISTA GmbH bzw. von ihr beauftragte MitarbeiterInnen die für die Beantragung erforderlichen Unterlagen einholt und an die für den Versorgungsentscheid zuständigen Stellen weiterleitet.</p> <p>Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Daten und die erforderlichen Unterlagen bei der REHAVISTA GmbH gespeichert und verarbeitet werden. Falls erforderlich werden die Daten an weitere Unternehmen, die an der Abwicklung der Versorgung beteiligt sind, weitergegeben. Die REHAVISTA GmbH hat mich darauf aufmerksam gemacht, dass sie dazu gemäß den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes handelt und eine Weitergabe meiner Daten an Dritte, ausgenommen der für den Versorgungsentscheid zuständigen Stellen gem. § 276 Abs. 2 SGB V, nicht ohne meine ausdrückliche Zustimmung erfolgt.</p> <p>Die Datenverarbeitung erfolgt außerdem auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO und in dem Interesse, die von mir gewünschte Versorgung durch Leistungen der REHAVISTA GmbH im Rahmen der vorgegebenen Möglichkeiten bei meinem zuständigen Kostenträger in meinem Namen vorzubringen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die ermittelten Daten nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für die Dauer dieser Fristen archiviert werden.</p> <p>Zur Klärung offener Fragen und Mitteilung von Informationen in Bezug auf die Versorgung durch die REHAVISTA GmbH dürfen Sie mich wie folgt kontaktieren: <input type="radio"/> telefonisch <input type="radio"/> per E-Mail</p> <p>Zur Terminabsprache für eine Auslieferung, Wartung oder einen Servicetermin für mein Hilfsmittel nach Vorgaben des Herstellers und/oder Absprachen der REHAVISTA GmbH mit meinem Kostenträger dürfen Sie mich wie folgt kontaktieren: <input type="radio"/> telefonisch <input type="radio"/> per E-Mail</p> <p><i>Bei Widerruf nicht Zutreffendes bitte streichen.</i></p>			
Versicherter:		Unterschrift VersicherteR	
Ort, Datum:		X	
VertreterIn/BetreuerIn:			
Vorname:		Name	
ggf. Adresszusatz (Schule, Einrichtung, Institution ...):			
Straße:		PLZ, Ort:	
Ort, Datum:		Unterschrift VertreterIn/BetreuerIn	
		X	
Datenschutzhinweis			
<p>Die REHAVISTA GmbH verarbeitet die erhobenen Daten gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b Datenschutzgrundverordnung zum Zweck der Vertragserfüllung. Dies umfasst auch die damit einhergehende Kundenbetreuung. Falls erforderlich, werden personenbezogene Daten an die Unternehmen weitergegeben, die an der Abwicklung dieses Vertrags beteiligt sind, z.B. zur Leistungserfüllung (z.B. Auslieferung von Waren, Bearbeitung von Anfragen) an unsere Vertriebsgesellschaften.</p>			