

Absender: .....

## Einverständniserklärung

der ärztlichen Leitung   
des ärztlichen Fachlehrers   
des physiotherapeutischen Fachlehrers

Hiermit erkläre ich, (Name)....., mich einverstanden, im Rahmen der Weiterbildung „**Manuelle Lymphdrainage**“ als prüfungsberechtigte Weiterbildungskraft für

folgenden Weiterbildungsträger: .....  
.....  
.....

an folgenden Weiterbildungsstätten: .....  
.....  
.....  
(ggf. Beiblatt verwenden)

tätig zu sein.

Ich bin bereits in der in der Anlage 1 (Manuelle Lymphdrainage) zur Anlage 7 zum Vertrag nach § 125 SGB V Physiotherapie unter dem

**Weiterbildungsträger** .....  
.....

gelistet.

Die dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Askanischer Platz 1, 10963 Berlin, vorliegenden Angaben zu meiner Person haben sich nicht geändert.

Die Informationen über die Verarbeitung meiner Daten gemäß Artikel 13, 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und der mir daraus zustehenden Rechte habe ich auf der Webseite des vdek unter „Datenschutz“ zur Kenntnis genommen (<https://www.vdek.com/Service/datenschutz.html>).

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift