

Datenschutz

Allgemeine Einwilligungserklärung



Name: _____

Straße: _____

Vorname: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Hiermit erkläre ich in freier Entscheidung, dass das Unternehmen

Betriebsname
Anschrift
PLZ und Ort

(Alternative 1:) meine personenbezogenen Daten sowie meine Gesundheitsdaten gemäß Artikel 9 der EU Datenschutz-Grundverordnung für folgende Zwecke verwenden darf:

(genauen Zweck benennen)

Die erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht für Kaufleute (6, 8 oder 10 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das Vertragsverhältnis beendet wurde) gespeichert und danach gelöscht. Dies gilt ausnahmsweise nicht, wenn das Unternehmen aufgrund von steuer- oder handelsrechtlichen Aufbewahrungspflichten (gemäß HGB, StGB oder AO) zu einer längeren Speicherung verpflichtet ist.

Oder:

(Alternative 2:) meine personenbezogenen Daten sowie meine Gesundheitsdaten gemäß Artikel 9 der EU Datenschutz-Grundverordnung zu medizinischen Zwecken und zur Hilfsmittelversorgung, auch EDV-gestützt erfassen und zur klinischen Bewertung erstellen, speichern, verarbeiten und nutzen darf. Ebenso stimme ich der Nutzung der Versorgungsdaten zur Nachsorge zu.

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt anlässlich (z.B. meiner Anfrage auf Hilfsmittelversorgung o.a.) und ist zu dem genannten Zweck für die Auftragsbearbeitung und für die Erfüllung von Verpflichtungen aus dem zugrundeliegenden Vertrag erforderlich.

Die Übermittlung meiner Daten erfolgt bei Bedarf an Beteiligte der Hilfsmittelversorgung (behandelnder Arzt, Pflegedienst, Therapeuten, Vorlieferanten, externe Abrechnungsunternehmen u.a.). Die Daten werden ausschließlich im Rahmen des gesetzlich Zulässigen genutzt und verwendet.

Die erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht für Kaufleute (6, 8 oder 10 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das Vertragsverhältnis beendet wurde) gespeichert und danach gelöscht. Dies gilt ausnahmsweise nicht, wenn das Unternehmen aufgrund von steuer- oder handelsrechtlichen Aufbewahrungspflichten (gemäß HGB, StGB oder AO) zu einer längeren Speicherung verpflichtet ist.

Datenschutz

Allgemeine Einwilligungserklärung



Hinweis

Weitere Informationen, insbesondere zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserem allgemeinen Informationsschreiben.

Ich bin darüber informiert, dass eine Einwilligung nicht verlangt werden kann und mir aus der Nichteinwilligung keine rechtlichen und tatsächlichen Nachteile erwachsen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Bei Widerruf ist die o.g. Firma verpflichtet, meine Daten unverzüglich zu löschen oder zu sperren.

(Ort, Datum)

(Name des Mitarbeiters)

(Unterschrift des Mitarbeiters)

(Name des Patienten, des Angehörigen oder
gesetzlichen Vertreters)

(Unterschrift des Patienten, des Angehörigen
oder gesetzlichen Vertreters)