

Einwilligungserklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung von Patientendaten



Ich

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass durch den Betriebsarzt der Medic Assistance Business Health GmbH meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Weiterhin erkläre ich mich einverstanden, dass mich betreffende Untersuchungsdaten und Befunde an Leistungserbringer übermittelt werden dürfen, wenn dies zur unmittelbaren Leistungserbringung erforderlich ist. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Untersuchung und Diagnose erforderlich sind.

Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz durch den Betriebsarzt ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und die Folgen dessen.

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt bin, gegenüber der Medic Assistance Business Health GmbH, um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Weiterhin kann ich gemäß § 17 DSGVO jederzeit gegenüber der Medic Assistance Business Health GmbH die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Ich kann darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Ich kann den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Medic Assistance Business Health GmbH übermitteln. Es entstehen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Ort, Datum

Unterschrift, ggfs. des gesetzlichen Vertreters