

Einwilligungserklärung

zur Speicherung von optionalen Daten in CGM TURBOMED

Um der Institution

mit dem verantwortlichen Datenschutzbeauftragten

meine erweiterte, medizinische Betreuung zu ermöglichen, erkläre ich mich mit der Speicherung weiterer Daten, als zu meiner persönlichen Identifikation notwendig, einverstanden.

Im Rahmen des **Recalls** in CGM TURBOMED erkläre ich, _____, mich mit der Kontaktaufnahme über meine

Postanschrift

Faxnummer

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

einverstanden.

Diese Daten verbleiben auf dem System der Institution und werden nicht weitergegeben.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit schriftlich beim Inhaber der Institution mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten sowie Rechte auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung dieser Daten. Mein Ansprechpartner ist dabei der Inhaber der Institution.

Darüber hinaus habe ich das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.

Bei minderjährigen Personen unter 16 Jahren ist das Vorliegen einer Zustimmung der gesetzlichen Vertreter erforderlich.

[Ort, Datum, Name des Unterzeichnenden, Unterschrift]

Bei Minderjährigen ab Vollendung des 16. Lebensjahres muss die Einwilligung durch diese selbst und der erziehungsberechtigten Person erfolgen:

_____ und
[Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten]

_____ und
[ab dem 16. Geburtstag: Unterschrift des/ der Minderjährigen]