EINWILLIGUNG ZUR ERHEBUNG/ÜBERMITTLUNG VON PERSONENBEZOGENEN DATEN

ÄRZTE am WERK

INFORMATIONEN ZUR PERSON

Name, Vorname

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Geschlecht

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Geburtsdatum

E-Mail

Einwilligung zur ERHEBUNG von personenbezogenen Daten

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass bei Ärzte am Werk GmbH meine personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet werden.

Ein Informationsblatt zum Datenschutz konnte ich in der Praxis oder im Internet unter www.aerzte-am-werk.de/downloads einsehen. Rückfragen konnte ich direkt oder per E-Mail stellen.

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

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.
Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

✗ Unterschrift Proband

Einwilligungserklärung Videosprechstunde (optional)

Hiermit erkläre ich,

- dass ich von Ärzte am Werk GmbH entsprechend der Anforderungen an die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde (nach Maßgabe von §3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V) informiert wurde (siehe oben „Aufklärung des Versicherten zur Durchführung einer Videosprechstunde“).

Ein Informationsblatt zum Datenschutz konnte ich in der Praxis oder im Internet unter www.aerzte-am-werk.de/downloads einsehen. Rückfragen konnte ich dirkekt oder per E-Mail stellen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Hierfür ist eine mündliche Mitteilung an meinen Arzt ausreichend.

Ort, Datum

✗ Unterschrift