

Muster Datenschutz Einwilligungserklärung

Datenschutz-Einwilligungserklärung

Das folgende Muster kann für die Einholung wirksamer Einwilligungen genutzt werden. Von einer Übernahme des Musters ohne ggf. erforderliche Anpassungen auf die konkreten Bedürfnisse des Einzelfalls wird ausdrücklich abgeraten. Jede Gewährleistung und Haftung für die Rechtmäßigkeit und Richtigkeit des Musters wird ausgeschlossen.

Aufklärung zur Datenübermittlung und -verarbeitung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der Regel verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten auf der Grundlage eines Gesetzes (z.B. zur Erfüllung des Behandlungsvertrages). Über gesetzliche Erlaubnisse zur Datenverarbeitung hinaus werden Ihre personenbezogenen Daten in meiner/unsere(r) Praxis zu folgenden Zwecken verarbeitet, sofern Sie die Einwilligung dazu erteilen:

[Zweck der Datenverarbeitung]¹

[ggf. weitere Zwecke]

Hierfür werden personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten über Ihre Behandlung verarbeitet. Es handelt sich neben Stammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum [...])² zu Ihrer Person insbesondere um folgende Gesundheitsdaten:

[Daten, Kategorien von Daten]³

[...]

Zu dem genannten Zweck möchten wir personenbezogene Daten an [Adressat]⁴ übermitteln. Die Daten werden für die Dauer von [...] Jahren gespeichert.

Ihr Ansprechpartner und Verantwortlicher i.S.d. Art. 4 Nr. 7 DSGVO ist:

Name der Arztpraxis:⁶

Verantwortliche(r):

ggf. Datenschutzbeauftragte(r):

Adresse:

Telefon:

Fax:

ggf. E-Mail:

Weitere Informationen können Sie unseren Informationen zum Datenschutz gem. Art. 13 DSGVO entnehmen, die Sie an der Information erhalten und im Wartezimmer ausgehängt/ausgelegt vorfinden.

Im Folgenden bitten wir Sie um die Einwilligung zu der vorstehend beschriebenen Datenverarbeitung.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Name des Patienten: _____

Mit der nachfolgenden Unterschrift willige ich ein, dass [Name der Arztpraxis] personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten zum Zweck [Zweck der Datenverarbeitung, ggf. Auflistung wie oben] an [Adressat]⁴ übermittelt und dass diese Daten dort verarbeitet werden.

Diese Einwilligung gilt bis auf Widerruf und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, wobei der Widerruf entweder postalisch, per E-Mail an

oder per Fax an

übermittelt werden kann. Aus einer Verweigerung oder einem Widerruf entstehen keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten

Hinweise für den Ersteller:

¹ Eintragung des Zwecks oder der Zwecke der Datenverarbeitung

² Weitere erforderliche Angaben eintragen

³ Angaben den für den Zweck erforderlichen Daten nach Kategorien, z.B. Diagnosen, Medizinische Daten zur Indikation und zu einzelnen Schritten der Behandlung

⁴ Adressat eintragen, z.B. ein zur Abrechnung beauftragtes Unternehmen: die xy-GmbH

⁵ Angaben gemäß Löschkonzept eintragen, z.B. 10 Jahre zu Dokumentationszwecken

⁶ Nachfolgend Angabe der Arztpraxis