

# **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**

## **REGISTRIERUNG UND LAGERUNG VON PERSONENBEZOGENEN DATEN**

Hiermit willige ich ein, dass "Lære mer med Thyra Rogl" personenbezogene Daten über mich verarbeitet, wie hier beschrieben:

1. Verarbeitung personenbezogener Daten (Zweck der Verarbeitung):
  - Informationen zur Verwendung bei der Patientenbehandlung von mir in Form von "Gesundheitsinformationen":
    - Informationen über den Gesundheitszustand und die bisherige Behandlung sowie über etwaige Medikamente, soweit diese Informationen im Behandlungsplan notwendig/hilfreich sind
    - Sonstige persönliche Umstände über mich, soweit diese Informationen im Behandlungsplan notwendig/hilfreich sind
2. Verarbeitungen, die von dieser Einwilligungserklärung erfasst werden
  - Die Verarbeitung von Gesundheitsinformationen besteht in der Registrierung/Notierung notwendiger Informationen, die ich während einer Behandlung/Nachsorge mündlich zur Verfügung stelle, und der Speicherung dieser Informationen in einem Archiv (einem elektronischen Archiv/einem Journal und/oder einem physischen Archiv/einem Journal)
  - Gesundheitsinformationen werden gelöscht, wenn diese Informationen im Rahmen der Behandlung die ich erhalte, nicht mehr benötigt werden oder wenn die Behandlung und/oder Patientenbeziehung endgültig beendet wird
  - Die Informationen werden zu keinem Zeitpunkt anderen zur Verfügung gestellt, verbreitet oder übertragen.
3. Die Verarbeitung erfolgt nur zu folgenden Zwecken:
  - Behandlung/Betreuung auf die bestmögliche und verantwortungsvollste Art und Weise, im Einklang mit dem Zweck meiner Patientenbeziehung.
4. Folgende Personen können auf meine personenbezogenen Daten zugreifen:
  - Die Person, die mich behandelt (Thyra Rogl)
  - Folgender Auftragsverarbeiter (unser IT-Provider): wix.com (beim Ausfüllen der Online-Formulare auf laermer.no) und Tornado-Webmail (info@laermer.no/thyra.rogl@laermer.no).  
Das Journal wird nicht digital gespeichert.
  - Folgende weitere Personen: keine

Ich bin mir bewusst, dass die Einwilligung freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Die Einwilligung kann durch eine schriftliche Erklärung widerrufen werden, die von mir unterschrieben und an derselben Stelle abgegeben werden muss, an der die Einwilligung erteilt wurde.

Mir ist bekannt, dass die Verwendung personenbezogener Daten durch das Unternehmen in der beigefügten Datenschutzerklärung näher beschrieben ist. Ich habe mich damit vertraut gemacht, bevor ich diese Einwilligung unterschrieben habe.

Ich bin über meine Rechte als betroffene Person nach der DSGVO informiert und mir meiner Rechte auf Auskunft oder Berichtigung meiner personenbezogenen Daten bewusst.

Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig ist.

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Signatur Patient: \_\_\_\_\_