

## Einwilligung zur Datenverarbeitung

Am 25. Mai 2018 wurde die Datenschutzgrundverordnung, kurz DSGVO, wirksam.

Die Sicherheit Ihrer Daten und der verantwortungsvolle Umgang mit diesen haben für uns höchste Priorität. Mit dieser Information informieren wir Sie über Art, Umfang und Zweck der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die

Personenbezogene Daten sind alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche

### **APP-Zentrum Ostheide**

**Caroline Hölscher & Sarah**

**Schulz GbR**

**Bahnhofstraße 19**

**21398 Neetze**

Person beziehen. Als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind, identifiziert werden kann.

Sie willigen ein, dass das **APP-Zentrum Ostheide** die folgenden personenbezogenen Daten erhebt, speichert und verarbeitet.

- Name, Vorname
- Adresse
- Telefonnummer
- Handynummer
- Behandlungsberichte
- Behandler / Krankenkasse / Ärzte

Ich stimme zu, dass das APP-Zentrum Ostheide sich bei der Datenverarbeitung EDV-gestützter Systeme bedient. Hierbei wird auch eine mobile Datenerfassung zum Einsatz kommen. Das APP-Zentrum Ostheide ist ausdrücklich zur Verarbeitung der genannten Daten unter Beachtung der Vorgabe des Datenschutzes ermächtigt. Das App-Zentrum darf hierfür durch beauftragte Mitarbeiter\*innen alle erforderlichen Daten speichern. Hiermit beauftragte Mitarbeiter\*innen werden zuvor auf die Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet.

*Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich ein Recht auf Auskunft bezüglich der über mich gespeicherten Daten habe. Es besteht das Recht darauf, die gespeicherten Daten löschen zu lassen, zu ändern, der Speicherung zu widersprechen, die Daten zu übertragen, die Einwilligung zu widerrufen und sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung freiwillig erteile und sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine schriftliche Erklärung gegenüber dem APP-Zentrum widerrufen kann.*

Sobald der Zweck für die Erhebung Ihrer Daten nicht mehr gegeben ist, werden Ihre Daten nach Ablauf der gesetzlichen Speicherfrist gelöscht.

Eine Übermittlung der Daten an Dritte ist ohne Ihre Einwilligung unzulässig.

\_\_\_\_\_  
Name Patient

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient