

Datenschutzrechtliche Hinweise – Einwilligungserklärung

1. Datenerhebungszweck

Die Datenerhebung auch medizinische Gesundheitsdaten, benötigt FUGH Medizinische Pflege Technik GmbH & Co.KG, zum Zwecke einer optimal gewünschten Hilfsmittelversorgung.

2. Welche Daten

Ich willige ein, das zur Erbringung der Hilfsmittelversorgung, FUGH Medizinische Pflege Technik GmbH & Co.KG die notwendigen Daten wie:

- Name Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, e-Mailadresse
- Krankenkasse, Versicherungsnummer
- behandelnder Arzt, Pflegedienst
- Gesundheitsdaten die zur optimalen Hilfsmittelversorgung notwendig sind erheben, speichern und zur weiteren Bearbeitung nutzen kann.

3. Einwilligung zur Foto- und Videodokumentation nach EU-DSGVO (Datenschutzhinweis)

Ich willige ein, das eine Foto- und Videodokumentation zum Zweck einer Versorgung mit Hilfsmitteln, zur Erfüllung vertraglicher, vorvertraglicher und gesetzlicher Pflichten erfolgen kann. Die Datenerhebung und Datenverarbeitung ist erforderlich und beruht auf Artikel 6 und 9 DSGVO. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck Ihrer Verarbeitung im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung nicht mehr erforderlich sind oder Sie die Einwilligung für die weitere Verwendung der Daten sowie der damit verbundenen Foto- und / oder Videodokumentation erfolgen kann.

Ich willige nicht ein, das eine Foto- und Videodokumentation erfolgen kann.

4. Datenabfrage von Dritten

Ich willige ein, dass FUGH Medizinische Pflege Technik GmbH & Co.KG, erforderliche Daten bei der Krankenkasse, Ärzten, Krankenhäuser (und ähnliche Einrichtungen), Pflegedienst, Pflegeheim, Betreuer und Angehörigen erheben und verwenden kann.

5. Datenweitergabe - Datenauskunftserteilung

Ich willige ein, dass FUGH Medizinische Pflege Technik GmbH & Co.KG zur erforderlichen Leistungserbringung meine erhobenen Daten an Dritte wie:

- Krankenkasse,
- Ärzte, Krankenhäuser (und ähnliche Einrichtungen),
- Pflegedienst, Pflegeheim,
- Betreuer und Angehörige weiter leiteten kann.

6. Widerruf

Hiermit wurde ich darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung zur Datenerhebung jederzeit widerrufen kann.

Datum:

Name: _____

(Druckbuchstaben)

Unterschrift: _____

(Versicherter / Angehöriger / Betreuer)

Datenschutzhinweis (§67a Abs.2 Nr.2 und Abs.4 SGB X): Die personenbezogenen, med. Daten sind zur Gewährung von Leistungen nach §284 Abs.1 Nr.4 SGB V i.V.m. §73 SGB V notwendig. Rechtsgrundlage f.d. Datenerhebung und Übermittlung ist §100 SGB X i.V.m. §73 Abs.2 Nr.9 SG