

Einverständniserklärung

Name Vorname Geb.-Datum

Straße: PLZ/Wohnort: Tel.-Nr.:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Wunde/n zu rein medizinischen Zwecken EDV-gestützt erfasst und zur Vereinfachung der Beurteilung fotografiert wird/werden.

Ich habe davon Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten sowie Gesundheitsdaten (§ 3 Abs. 9 BDSG) - erhoben, verarbeitet und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Wahrung der Voraussetzungen des § 28 BDSG (z.B. Kostenträger) übermittelt werden können. Das Speichern, Verändern oder Übermitteln meiner Daten oder Ihre Nutzung als Mittel für die Erfüllung eigener Geschäftszwecke ist nach o.g. Paragraphen in folgenden Fällen zulässig:

- im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisse mit Betroffenen und
- soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Ebenfalls habe ich Kenntnis davon, dass die Daten zu einer rein wissenschaftlichen Ausarbeitung an ein Fachinstitut/Lehreinrichtung übermittelt bzw. im Rahmen von Studien ausgewertet werden können. Von diesen Auswertungen sind **nicht** meine Namens- und Adressdaten betroffen, lediglich die Daten über Alter, Geschlecht, Wundart und Dauer der Abheilung sowie die therapeutische Behandlung.

Ich kann eine Übermittlung meiner Daten verweigern und eine bestehende Einwilligung zu jeder Zeit und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Einer Übermittlung meiner Daten

- stimme ich zu
 stimme ich nicht zu

Ich fühle mich umfassend informiert.
Meine Fragen wurden vollständig beantwortet.

Die Einverständniserklärung wurde verlesen von Frau / Herr
Name in Druckbuchstaben

Ort / Datum: Unterschrift:

Ort / Datum: Unterschrift:
Einverständnisgebende(r)