

Einverständniserklärung Patientenfoto

Liebe Patientin, lieber Patient,

gerne würden wir ein Portraitfoto von Ihnen, zur Speicherung in Ihrer elektronischen Patientenakte, erstellen. Das Foto erstellen wir ausschließlich zum Zweck der Vermeidung von Verwechslungen und der Identifizierung Ihrer Person in unserer Praxis. Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist Artikel 6 I lit.f DSGVO.

Die Aufnahme Ihres Patientenfotos können Sie ohne jegliche negativen Auswirkungen für Sie verweigern.

Sie haben das Recht unentgeltlich Auskunft über Herkunft, Empfänger und Zweck Ihrer gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten. Sie haben außerdem ein Recht, die Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten zu verlangen. Hierzu, sowie zu weiteren Fragen zum Thema Datenschutz, können Sie sich jederzeit an unsere Datenschutzbeauftragte: Frau Scheibenzuber wenden.

Des Weiteren steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu.

Verantwortliche Stelle: Kinderwunsch Centrum München, Lortzingstr. 26, 81241 München

Hiermit erkläre ich

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

mich mit der Erstellung und Speicherung meines Fotos (Portrait)

einverstanden.

nicht einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Erstellt von: S. Scheibenzuber	Geprüft durch: Fiedler Irma	Freigegeben von: Dr. Fiedler
Datum: 03_2019	Datum: 03_2019	Datum: 03_2019