**Mustervorschlag: Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung für Zusatzleistungen (Art. 9 Abs. 2 lit. a, Art. 7 DSGVO)**

**Einwilligung in die Datenverarbeitung zu zusätzlichen Kommunikationszwecken**

Betroffene Person: [Name, Vorname des Patienten/der Patientin]

Geburtsdatum: [TT.MM.JJJJ]

Ich willige freiwillig in die Verarbeitung meiner Kontaktdaten und der zugehörigen Termindaten durch die **[Name der Arztpraxis]**, [Anschrift der Praxis], zu den nachfolgend genannten, nicht unmittelbar zur Behandlung erforderlichen Zwecken ein. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

**Teil 1: Auswahl der Zwecke (Spezifität)**

Bitte kreuzen Sie die Zwecke an, für die Sie eine Erinnerung oder Information durch die Praxis wünschen.

| **Zweck der Datenverarbeitung** | **Ich willige ein (Ja)** | **Ich willige nicht ein (Nein)** |
| --- | --- | --- |
| **A1: Terminerinnerung** (Erinnerung an vereinbarte Termine) |  |  |
| **A2: Vorsorge-Erinnerung** (Information/Erinnerung an empfohlene Vorsorgeuntersuchungen) |  |  |
| **A3: Impf-Erinnerung** (Erinnerung an fällige oder empfohlene Impfungen) |  |  |

**Teil 2: Auswahl der sicheren Kommunikationskanäle**

Bitte kreuzen Sie die **sicheren** Kommunikationswege an, über die Sie zu den oben gewählten Zwecken (A1, A2, A3) kontaktiert werden möchten.

| **Kommunikationsweg** | **Ich willige ein (Ja)** | **Ich willige nicht ein (Nein)** | **Hinweis zur Sicherheit** |
| --- | --- | --- | --- |
| **B1: Telefonisch** (Anruf oder SMS) |  |  | Sicherer Kommunikationsweg. |
| **B2: Inhaltsverschlüsselte E-Mail** |  |  | **Datenschutzkonformer Weg:** Als Arztpraxis sind wir gesetzlich verpflichtet, sensible Gesundheitsdaten **nur verschlüsselt** zu versenden (Stand der Technik, Art. 32 DSGVO). Ihre E-Mail-Adresse wird dafür in unser gesichertes Verschlüsselungsverfahren aufgenommen. |

**Teil 3: Informationen zu Betroffenenrechten und Widerruf**

**1. Hinweis zum Widerrufsrecht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)**

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass diese Einwilligung **jederzeit widerrufen** werden kann. Der Widerruf wirkt für die Zukunft und macht die aufgrund der Einwilligung bis dahin erfolgte Verarbeitung nicht unrechtmäßig. Der Widerruf kann **formlos** erfolgen (z.B. per E-Mail, Post oder Fax) an die **[Name der Arztpraxis]**. Durch den Widerruf entstehen mir **keine Kosten** (abgesehen von eventuellen Basistarifen für Post/Fax).

**2. Weitere Rechte des Betroffenen (Art. 12 ff. DSGVO)**

Ich bin über meine Rechte auf **Auskunft (Art. 15)**, **Berichtigung (Art. 16)**, **Löschung (Art. 17)**, **Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18)**, **Datenübertragbarkeit (Art. 20)** und das **Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21)** informiert worden. Ich habe das Recht, mich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren (Art. 77 DSGVO).

**Teil 4: Unterschrift**

Ich bestätige, die Hinweise zur Verarbeitung und zum Widerrufsrecht verstanden zu haben und willige mit meiner Unterschrift in die entsprechend angekreuzten Zwecke und Kommunikationswege ein.

[Ort, Datum]

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Unterschrift des Betroffenen** | **Unterschrift des Praxispersonals zur Bestätigung der Aufklärung** |