

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 Termini- und Terminaten 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