GMKB Gemeinnützige Medizinzentren KölnBonn GmbH

KJP-Praxis Hürth
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Einverständniserklärung zur Termindatenübermittlung per E-Mail oder SMS

Ich, _____, wohnhaft _____ in _____

_____ , bin damit einverstanden, dass alle notwendigen Daten zu einem vereinbarten Termin per E-Mail (transportverschlüsselt, keine Inhaltsverschlüsselung) oder SMS übermittelt werden. Notwendige Termindaten umfassen folgende Informationen: Datum, Uhrzeit, Terminart und Praxisname sowie -adresse. Die Funktionalität der Termindatenübermittlung wird uns über die Software CLICKDOC Pro bereitgestellt, die uns in Teilen als Cloud-Anwendung von der CompuGroup Medical Deutschland AG mit Sitz in Koblenz auf Basis eines datenschutzkonformen Auftragsverarbeitungsvertrages angeboten wird. Ihre Daten bleiben dabei stets in der EU.

Bitte beachten Sie, dass die Übermittlung von Daten per E-Mail generell ein Sicherheitsrisiko darstellen kann: Eine E-Mail ist während des Transportvorgangs verschlüsselt, nicht aber auf Servern, auf denen die E-Mail abgelegt wird. Es ist somit nicht ausgeschlossen, dass Unbefugte (Hacker), diese Verschlüsselung umgehen können und die Daten einsehen können.

Der Versand per SMS ist im Transport gesichert, eine SMS ist aber auf dem Endgerät einsehbar. Über den Schutz Ihres Endgerätes (über PIN oder Passwörter) können Sie den Zugriff auf die SMS zu verhindern.

Die Erklärung der Einwilligung erfolgt freiwillig. Ihnen entstehen keine Nachteile, wenn Sie nicht einwilligen. Sie können Ihre Einverständniserklärung jederzeit formlos für die Zukunft widerrufen. Teilen Sie einen Widerruf der Praxis mit. Im Falle des Widerrufs werden wir Ihnen keine Termindaten mehr per E-Mail und / oder SMS übermitteln und Ihre E-Mail- und SMS-Kontaktdaten löschen, sofern keine andere Erlaubnisgrundlage besteht, um diese etwa für die Kontaktaufnahme zu anderen Zwecken zu verwenden.

Bei Minderjährigen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres müssen die Erziehungsberechtigten einwilligen, bei Minderjährigen ab Vollendung des 16. Lebensjahres müssen diese selbst und die Erziehungsberechtigten einwilligen.

[Bonn, Datum], [ein Volljährigkeit Unterschrift der Patientin/ des Patienten]

[Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten]

[Bonn, Datum]], [b dem 16. Geburtstag: Unterschrift des/ der Minderjährigen]

Die Verarbeitung Ihrer Daten wie oben beschrieben erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung (Art. 6 I 1 a, Art. 9 II a DSGVO) bis zu ihrem Widerruf. Eine Übermittlung erfolgt nur an Auftragsverarbeiter und den von Ihnen eingesetzten E-Mail-Provider sowie die Telekommunikationsanbieter, die den SMS-Versand durchführen. Ihre Daten werden nur in der EU verarbeitet. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in der Arztpraxis, insbesondere zum Datenschutzbeauftragten und Ihren Betroffenenrechten, erhalten Sie auf Nachfrage in der Praxis.