

Widerruf meiner Einwilligung zur Teilnahme am Telemonitoring

Mit Unterzeichnung des Formulars „Widerruf meiner Einwilligung zur Teilnahme am Telemonitoring“ mache ich von meinem Recht Gebrauch, die datenschutzrechtliche Einwilligung gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Ich wurde darüber umfassend informiert, dass der Widerruf meiner Einwilligung nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgten Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten – einschließlich besonderer Kategorien personenbezogener Daten gemäß Art. 9 DSGVO (Gesundheitsdaten) – berührt, sofern diese auf Grundlage der zuvor erteilten Einwilligung erfolgte.

Kundennummer _____

Name des Patienten _____

Geburtsdatum _____

Versichertennummer _____

Hinweis: Der Widerruf Ihrer Einwilligung zur Teilnahme am Telemonitoring kann jederzeit formlos widerrufen werden. Sollten Sie sich zu einem späteren Zeitpunkt erneut für die Teilnahme entscheiden, ist eine erneute Einwilligung erforderlich. In diesem Fall stellen wir Ihnen gerne die entsprechenden Unterlagen zur erneuten Teilnahme zur Verfügung.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____