Reisemedizin
RBMZ Zülpich
Betriebsmedizin

_____

Name, Vorname

Einwilligung zur Datenverarbeitung und Datenweitergabe

im Zusammenhang mit der Arbeitsmedizinischen Vorsorge und

Eignungsuntersuchung

(Eine einmal erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden und wirkt in die Zukunft)

Sofern im Rahmen der Arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer Eignungsuntersuchung von Ihnen persönliche Daten und Gesundheitsdaten erhoben werden, ist der Betriebsarzt nach 528 Abs. 6 in Verbindung mit 54 a Abs. 1 und 3 BDSG (neu) verpflichtet, Ihre Einwilligung zur Erhebung, Speicherung, Nutzung, Weitergabe und Verarbeitung Ihrer Daten einzuholen.

Datenerhebung

Ich willige ein, dass die zur Untersuchung erforderlichen und dem Untersuchungszweck entsprechenden Daten von den Beschäftigten des RBMZ Zülpich erhoben werden.

Datenspeicherung und -nutzung

Ich willige ein, dass die im Zusammenhang mit den beauftragten Untersuchungen erhobenen Daten in einer automatisierten Datenverarbeitung des RBMZ Zülpich gespeichert werden. Das RBMZ Zülpich darf die gespeicherten Daten nutzen, soweit die Nutzung zur ordnungsgemäßen Durchführung der arbeitsmedizinischen Aufgaben erforderlich ist.

Datenweitergabe

Medizinische Befunde und Diagnosen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (Strafgesetzbuch § 203) und werden entsprechend den gültigen gesetzlichen Bestimmungen behandelt. Einzig ihre Personalien erscheinen zusammen mit dem Anlass und Untersuchungsdatum auf der Rechnung für den Kostenträger.

Arbeitsmedizinische Vorsorge

Ihr Arbeitgeber/Ihre Arbeitgeberin bzw. die Kostenträgerin/der Kostenträger erhält gem. § 6 Abs. 3 Nr. 3 ArbMedVV eine Vorsorgebescheinigung auf der lediglich vermerkt ist, wann und aus welchem Anlass eine arbeitsmedizinische Vorsorge stattgefunden hat und wann weitere arbeitsmedizinische Vorsorgen angezeigt sind.

Eignungsuntersuchung

Ich wurde darauf hingewiesen, dass eine ordnungsgemäße Mitteilung über meine gesundheitliche Eignung zur geplanten bzw. ausgeübten Tätigkeit nicht erfolgen kann, wenn eine Einwilligung in die Erhebung, Speicherung, Nutzung, Weitergabe und Verarbeitung meiner Daten durch mich nicht erteilt wird.

Sollten Vorsorgen und Eignungsuntersuchungen am gleichen Tag stattfinden, bin ich mit der Durchführung:

__ **EINVERSTANDEN**

__ **NICHT EINVERSTANDEN (**es finden nur die Vorsorgen nach ArbMedVV statt und für die Eignungen muss ein weiterer Termin wahrgenommen werden.)

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Zudem bin ich damit einverstanden, dass entsprechende Bescheinigungen des RBMZ Zülpich unter Einhaltung des Datenschutzes auf elektronischem Weg

__ direkt an die/den Arbeitgeber/Auftraggeber übermittelt werden.[1]

__ an mich an folgende PRIVATE Mail-Adresse übermittelt werden:

_____

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Proband/-in

[1] Sollten Sie mit einer direkten Übermittlung an den Arbeitgeber nicht einverstanden sein, so sind sie selbst für die Zustellung der Bescheinigung an den Arbeitgeber verantwortlich. Die Zustellung der entsprechenden Bescheinigung an den Arbeitgeber ist verpflichtend als Nachweis Ihrer Teilnahme!