

Einwilligung zur Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an den neuen Betriebsarzt

Im Rahmen des Wechsels unseres Betriebsarztes möchten wir Sie darüber informieren, dass Ihre persönlichen Daten an den neuen Betriebsarzt übermittelt werden sollen, um eine nahtlose Fortführung Ihrer arbeitsmedizinischen Betreuung zu gewährleisten. Dabei beachten wir selbstverständlich die geltenden Datenschutzgesetze, insbesondere die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie die einschlägigen Gesetze und Vorschriften des ärztlichen Berufsrechts.

1. Zweck der Datenübermittlung: Die Übermittlung Ihrer Daten erfolgt ausschließlich zum Zweck der Fortführung Ihrer arbeitsmedizinischen Betreuung.

2. Art der übermittelten Daten: Es werden nur die für die arbeitsmedizinische Betreuung notwendigen Daten übermittelt. Dies umfasst insbesondere:

- Name
- Geburtsdatum
- Kontaktdaten
- Arbeitsmedizinische Untersuchungsbefunde, auch Eignungsuntersuchungen
- Impfstatus
- Sonstige relevante medizinische Informationen

3. Rechtsgrundlage: Die Datenübermittlung erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO, da sie zur Erfüllung eines Vertrags und zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen erforderlich ist. Ebenso greifen die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) und das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG).

4. Vertraulichkeit und Sicherheit: Wir stellen sicher, dass die Datenübermittlung sicher erfolgt und die Vertraulichkeit Ihrer Daten gewahrt bleibt. Der neue Betriebsarzt verpflichtet sich, die Daten ausschließlich für die genannten Zwecke zu verwenden und die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen einzuhalten.

5. Einwilligung: Wir bitten Sie hiermit um Ihre Einwilligung zur Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an den neuen Betriebsarzt. Bitte bestätigen Sie Ihr Einverständnis, indem Sie das untenstehende Formular ausfüllen und unterschreiben. Selbstverständlich können Sie dem jederzeit im gewünschten Umfang widersprechen.

6. Aufbewahrungsdauer: Ihre Daten werden nur so lange aufbewahrt, wie es für die genannten Zwecke erforderlich ist und im Einklang mit den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen steht.

Einwilligungsformular

Ich willige hiermit ein, dass all meine persönlichen Daten an den neuen Betriebsarzt übermittelt werden dürfen, um die arbeitsmedizinische Betreuung fortzuführen.

Name: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____