

Information und Einwilligungserklärung zur Nutzung persönlicher Daten

Ihre Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gesetzlicher Vertreter/Betreuer

Name: _____

Vorname: _____

Liebe Kundin, lieber Kunde,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten hat bei noma-med GmbH einen sehr hohen Stellenwert. Unser Ziel ist es, Sie umfassend zu beraten, Sie optimal mit den benötigten Hilfsmitteln zu versorgen und Ihre Persönlichkeitsrechte dabei zu wahren.

Nachfolgend informieren wir Sie gerne darüber, zu welchem Zweck wir Daten erheben, speichern oder weitergeben und klären Sie über Ihre Rechte in puncto Datenschutz auf.

1. Welche personenbezogenen Daten werden erhoben, gespeichert und verarbeitet?

Für eine sichere Heil- und Hilfsmittelversorgung benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kontaktmöglichkeiten und Versicherungsstatus auch medizinische Informationen wie Diagnose oder Befunde. Falls im Einzelfall erforderlich, erstellen wir eine Behandlungsdokumentation mit Bildmaterial.

2. Warum werden meine Daten benötigt?

Die Erhebung und Bereitstellung Ihrer Daten ist Voraussetzung für eine Versorgung über noma-med. Nur so können wir Sie umfassend beraten, zuverlässig beliefern und Ihnen ein Stück mehr Lebensqualität bieten.

3. Werden meine Daten von noma-med weitergegeben?

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer Daten ist Ihre Krankenkasse, oder auch die unmittelbaren Therapiebeteiligten wie behandelnde Ärzte, Pflegedienste, Alten-/Pflegeheime, Kliniken und Dienstleister. Die Übermittlung und somit Weitergabe Ihrer Daten erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Abrechnung von erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen sowie zur Auftragsabwicklung und Versand von Versorgungsmaterialien.

4. Wie lange werden meine Daten gespeichert?

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Heil- und Hilfsmittelversorgung erforderlich ist.

Jedoch sind wir verpflichtet, Ihre Daten nach den gesetzlichen und vertraglichen Aufbewahrungsfristen auch nach Abschluss der Versorgung aufzubewahren.

5. Welche Rechte habe ich?

Ihre Rechte sind uns sehr wichtig. Sie können jederzeit die Auskunft der Sie betreffenden Daten, die Berichtigung unrichtiger Daten oder das "Vergessen" Ihrer Daten nach den gesetzlichen Vorgaben verlangen. Selbstverständlich können Sie darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit sofortiger Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Den Widerruf richten Sie bitte schriftlich an:

noma-med GmbH

Kreuzacker 2
31177 Harsum

E-Mail: info@nomamed.de
Fax: (0 51 27) 93 11 40

6. Auf welcher rechtlichen Grundlage basiert die Einwilligungserklärung zur Nutzung von Daten?

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit gern an uns wenden.

Weitere Informationen zum Thema Datenschutz finden Sie auch auf www.nomamed.de.

Vielen Dank, dass Sie uns Ihr Vertrauen schenken.

Ihr Team von noma-med

Information und Einwilligungserklärung zur Nutzung persönlicher Daten

Ihre Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Gesetzlicher Vertreter/Betreuer

Name: _____

Vorname: _____

Meine Einwilligung zum Datenschutz gemäß DSGVO

Hiermit erkenne ich die Informationen und Bedingungen zum Datenschutz an und willige in die Nutzung meiner Daten gemäß o. g. Bestimmungen und zum Zwecke meiner Versorgung ein.

Ebenfalls stimme ich der Weitergabe von Behandlungs- und Personendaten sowie von Bilddokumenten an berechnigte Empfänger zu, sofern dies für den Behandlungsablauf bzw. dessen Abrechnung und Dokumentation notwendig ist.

Ich wurde über meine Rechte gemäß DSGVO informiert und die Informationen zum Datenschutz wurden mir ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde/Kundin

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/Betreuers