Einwilligungserklärung gemäß DSGVO für die Übermittlung personenbezogener Daten

Datenübermittlung von:
DIASHOP GmbH, Galileostr.1 82131 Gauting-Unterbrunn

an:
Dexcom Deutschland GmbH, Haifa-Allee 2, 55128 Mainz

Angaben zum Versicherten: (mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillig)

_____
Vorname/Name

_____
Straße/Hausnummer/PLZ/Ort

_____ _____
Telefon E-Mail*

_____ _____
Geburtsdatum Krankenkasse/Versichertennummer*

☐ Ich trage bisher noch kein CGM-System.

☐ Ich trage bereits ein CGM-System, und zwar _____ und möchte auf Dexcom wechseln.

☐ Ich bin Erstverwender des Dexcom CGM-System, und wünsche die technische Einweisung im DIASHOP Diabetes-Fachgeschäft.

☐ Die Lieferung für mein Folgerezept (Transmitter, Sensoren) benötige ich zum _____ (Monat) _____ (Jahr).

Meine Therapieform: ☐ Insulin-Pumpe ☐ ICT

Ich erkläre mich einverstanden, dass (*bitte Zutreffendes ankreuzen*)

☐ die Fa. DIASHOP die für die Versorgung mit Hilfsmitteln sowie nicht apothekenpflichtigen Arzneimitteln und deren Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, **an die oben genannte Firma übermitteln darf**.

☐ die in dieser Einwilligungserklärung genannte Firma das verordnete Produkt an die DIASHOP GmbH, Galileostr.1, 82131 Gauting-Unterbrunn, liefern darf.

☐ mich ein(e) Mitarbeiter(in) der DIASHOP GmbH für die Vereinbarung eines Termins zur technischen Einweisung über oben angegebene Kontaktdaten kontaktieren darf.

Diese Daten werden nur von berechtigten Personen unter Einhaltung einer angemessenen Datensicherheit bearbeitet.
Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit der Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen kann. Den Widerruf kann ich per Post an oben genannte Anschrift, E-Mail (shop@diashop.de) oder Fax (089 / 89 55 679 110) an DIASHOP GmbH übermitteln. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt. Das Recht auf Löschung, Sperrung oder Berichtigung meiner Daten, sowie das Auskunftsrecht gemäß DSGVO bleiben von dieser Einwilligungserklärung unberührt.

_____
Ort/Datum

_____
Vorname/Name Unterschrift[1]

[1] Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder ggf. des gesetzlichen Betreuers oder der durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person

FM70063-01, Einwilligungserklärung Datenübermittlung an Dexcom, Stand: 22.09.2022