

Datenschutzrechtliche Einwilligung

zur Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Registrierung/Freischaltung für das „Digitale Impfquotenmonitoring“ des RKI

→ Bitte per Fax an 089 230211-438 senden!

Im Zusammenhang mit der Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 müssen zum Zwecke der Impfsurveillance gesetzlich bestimmte Angaben an das RKI übermittelt werden. Hierfür hat das RKI die Webanwendung „Digitale Impfquotenmonitoring“ eingerichtet. Damit Impfberechtigten die Registrierung und somit der Zugang zum „Digitalen Impfquotenmonitoring“ ermöglicht wird, muss das RKI von der KZVB Daten der Zahnärzte erhalten, die grundsätzlich zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 berechtigt sind.

In diesem Zusammenhang erkläre ich (bitte vollständig ausfüllen):

Titel _____
Vorname _____
Nachname _____
Geburtsdatum _____
Straße (Praxisanschrift) _____
PLZ / Ort _____
Mail-Adresse _____

mein Einverständnis mit Nachfolgendem:

1. Weitergabe meiner Daten an die KZVB

Ich bin damit einverstanden, dass die BLZK der KZVB meine personenbezogenen Daten weiterleitet, soweit dies zur Registrierung/Freischaltung im Hinblick auf das „Digitale Impfquotenmonitoring“ des RKI erforderlich ist. Dabei handelt es sich um folgende erforderliche Daten: Titel, Name, Vorname, Geburtsdatum, PLZ des Praxissitzes, E-Mail-Adresse.

2. Verarbeitung meiner Daten durch die KZVB und die Weitergabe an das RKI

Ich bin damit einverstanden, dass die KZVB meine unter Ziffer 1 genannten Daten zum o.g. Zweck verarbeitet. Ich bin auch damit einverstanden, dass die KZVB meine oben unter Ziffer 1 genannten Daten an das RKI weiterleitet zum Zwecke der Registrierung/Freischaltung im Hinblick auf das „Digitale Impfquotenmonitoring“ des RKI.

Ich erkläre, dass ich diese Einwilligung freiwillig abgebe. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass der Widerruf keinen Einfluss auf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung hat, die aufgrund der Einwilligung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgt ist.

Ort

Datum

Unterschrift