

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärungen DSGVO

Bitte ausgefüllt zurück an Optelec!



Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen! Mit* gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder.

Name, Vorname der/des Versicherten*	geb. am*	Telefon <small>(wenn möglich zur Kontaktaufnahme für Versorgungstermine, etc.)*</small>
Straße*	Ort*	E-Mail

Lieber Kunde,
die Angebotserstellung und die Vertragserfüllung einschließlich der nachfolgenden Abrechnung können nur mit Ihren datenschutzrechtlichen Einwilligungen nach Absatz 1 erfolgen. Nähere Informationen enthalten unsere nachfolgenden Datenschutzhinweise.

Bitte ankreuzen:

- Mir wurden diese datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärungen und die Vollmacht vorgelesen und ich habe den Inhalt verstanden.
- Ich habe diese datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärungen und die Vollmacht gelesen und den Inhalt verstanden.

Abs. 1 Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärungen zur Vertragserfüllung

- A.** Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Gesundheitsdaten zu meiner Sehbehinderung ausschließlich zum Zweck der Vertragserfüllung von der Optelec GmbH („Optelec“) und von dieser beauftragten Dienstleistern sowie - zur Beantwortung von Nachfragen zur Hilfsmittelversorgung - einem Optiker oder ähnlichen Berater, der meine Verordnung in meinem Auftrag an Optelec geschickt hat oder mich zur Beratung an Optelec verwiesen hat, verarbeitet werden dürfen. *Wenn eine Abrechnung über eine Krankenkasse oder anderen Kostenträger gewünscht ist, muss auch die nachfolgende Einwilligung erteilt werden:*
- B.** Hiermit willige ich in die Weitergabe meiner vorstehend beschriebenen Gesundheitsdaten an die gesetzliche Krankenkasse oder andere Kostenträger zum Zweck der Leistungsabrechnung (nach § 302 SGB V) ein (Hinweis: Die Weitergabe ist begrenzt auf Daten, die der Auskunftspflicht nach § 206 SGB V unterliegen). Dies umfasst auch die Weitergabe von Daten an Abrechnungsdienstleister zu diesem Zweck.

Abs. 2 Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für individuelle Kundenansprache/-beratung

- Ich möchte optimal beraten werden und willige daher ein, dass die Optelec GmbH meine in Abs. 1 beschriebenen Gesundheitsdaten zum Zweck der individuellen werblichen Kundenansprache und Beratung sowie für Umfragen zur Kundenzufriedenheit verarbeitet.

Abs. 3 Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für Kundenansprache per E-Mail / Telefon

Ich willige ein, von der Optelec GmbH Informationen über deren Produkte und Dienstleistungen für Sehbehinderte sowie auch Kundenzufriedenheitsanfragen zu erhalten:

- per E-Mail (E-Mail-Newsletter)
- per Telefon

Abs. 4 Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für E-mail-Gesundheitsdaten-Austausch

- Ich willige ein, dass die Optelec GmbH meine Daten einschließlich meine in Abs.1 beschriebenen Gesundheitsdaten zur Vertragserfüllung auch per unverschlüsselter E-mail und damit ggf. für Dritte einsehbar mit meinem Optiker, Berater oder Dienstleister zur Versorgung austauscht.

Die vorstehenden **Einwilligungen gem. Abs. 1 - 4 sind freiwillig und können jederzeit widerrufen werden.** Ohne die Einwilligung nach Abs. 1 Ziffer A ist der Abschluss bzw. die Erfüllung eines Vertrags mit der Optelec GmbH über den Bezug von Hilfsmitteln allerdings nicht möglich und ohne die Einwilligung nach Abs. 1 Ziffer B kann keine Abrechnung über einen Kostenträger erfolgen.

× _____
Ort, Datum, Unterschrift

Hinweis: Darüber hinaus werten wir Ihre sonstigen personenbezogenen Daten (z. B. Name und Wohnort) auch ohne Ihre Einwilligung aus und senden Ihnen werbliche Informationen per Briefpost zu (jeweils auf Basis unserer berechtigten Interessen). Sie können dieser **Verarbeitung Ihrer Daten** durch uns **zu werblichen Zwecken jederzeit widersprechen** – per Telefon unter 06691 9617-0 oder per E-Mail an werbung@optelec.de.

Die Datenschutzhinweise zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung wurden mir ausgehändigt.

× _____
Ort, Datum, Unterschrift

Vollmacht

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Firma Optelec GmbH für mich entsprechende Verfügungen bei meinem Augenarzt anfordert und mich bei der Abwicklung einer evtl. anstehenden Versorgung unterstützt, da ich aufgrund meiner Sehbehinderung/Erkrankung nicht in der Lage bin, den entsprechenden Schriftwechsel selbst zu führen.

× _____
Ort, Datum, Unterschrift