

## Einwilligung zur Datenverarbeitung und Datenweitergabe im Zusammenhang mit der Arbeitsmedizinischen Vorsorge und Eignungsuntersuchung

Eine einmal erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden und wirkt in die Zukunft.

Sofern im Rahmen der Arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer Eignungsuntersuchung von Ihnen persönliche Daten und Gesundheitsdaten erhoben werden, ist die Arbeitsmedizinische ihr Betriebsarzt Dr. Frigge nach 5 28 Abs. 6 in Verbindung mit 5 4 a Abs. 1 und 3 BDSG (neu) verpflichtet, Ihre Einwilligung zur Erhebung, Speicherung, Nutzung, Weitergabe und Verarbeitung Ihrer Daten einzuholen.

### Datenerhebung

Ich willige ein, dass die zur Untersuchung erforderlichen und dem Untersuchungszweck entsprechenden Daten von den Beschäftigten der Arbeitsmedizinischen Untersuchungsstelle Dr. Frigge (AUF) erhoben werden.

### Datenspeicherung und -nutzung

Ich willige ein, dass die im Zusammenhang mit den beauftragten Untersuchungen erhobenen Daten in einer automatisierten Datenverarbeitung der AUF gespeichert werden. Die AUF darf die gespeicherten Daten nutzen, soweit die Nutzung zur ordnungsgemäßen Durchführung der arbeitsmedizinischen Aufgaben erforderlich ist.

### Datenweitergabe

Medizinische Befunde und Diagnosen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht (Strafgesetzbuch § 203) und werden entsprechend den gültigen gesetzlichen Bestimmungen behandelt. Einzig ihre Personalien erscheinen zusammen mit dem Anlass und Untersuchungsdatum auf der Rechnung für den Kostenträger.

### Arbeitsmedizinische Vorsorge

Ihr Arbeitgeber oder Ihre Arbeitgeberin erhält nach 5 6 Abs. 3 Nr. 3 ArbMedVV eine Vorsorgebescheinigung auf der lediglich vermerkt ist, wann und aus welchem Anlass eine arbeitsmedizinische Vorsorge stattgefunden hat und wann weitere arbeitsmedizinische Vorsorgen angezeigt sind.

### Eignungsuntersuchung

Ich wurde darauf hingewiesen, dass eine ordnungsgemäße Mitteilung über meine gesundheitliche Eignung zur geplanten bzw. ausgeübten Tätigkeit nicht erfolgen kann, wenn eine Einwilligung in die Erhebung, Speicherung, Nutzung, Weitergabe und Verarbeitung meiner Daten durch mich nicht erteilt wird.

Sollten Vorsorgen und Eignungsuntersuchungen am gleichen Tag stattfinden, bin ich mit der Durchführung

- Einverstanden
- Nicht einverstanden, es finden nur die Vorsorgen nach ArbMedVV statt und für die Eignungen muss ein weiterer Termin wahrgenommen werden.

**(bitte ankreuzen)**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter-/in

**Bitte ausfüllen (diese Daten werden zwingend für die Probandenführung benötigt)**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, PLZ und Wohnort:

Tätigkeit:

**Diese Daten werden benötigt, wenn Sie digital mit uns kommunizieren möchten. Sie erhalten dann ein persönliches Passwort, mit dem Anhänge an u. g. Mail verschlüsselt werden**

Mobilfunknummer:

eMail: