Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns sehr wichtig!

Wir stehen miteinander in Kontakt, daher möchten wir Sie aus aktuellem Anlass darüber informieren, dass in unserem Unternehmen Ihre personenbezogenen Daten gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), dessen Regelungen auf der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) basieren, verarbeitet werden. Dies soll sicherstellen, dass Ihre Daten in einer angemessenen Weise von uns verarbeitet werden und Ihre Rechte als betroffene Person geschützt werden.

Im Rahmen dieses Gesetzes stehen Ihnen folgende Rechte zu:

- Sie können Auskunft verlangen, welche personenbezogene Daten, welcher Herkunft über Sie zu welchem Zweck gespeichert sind. Ebenso müssen Sie darüber unterrichtet werden, wenn Ihre Daten an Dritte übermittelt werden.
- Sie haben ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, wenn Sie die Richtigkeit der Sie betreffenden personenbezogenen Daten für eine Dauer bestreiten.
- Sie können die Löschung Ihrer Daten verlangen, wenn die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung fehlt oder weggefallen oder der Zweck der Datenverarbeitung entfallen ist.
- Sie haben zudem ein Widerspruchsrecht, wenn Sie nicht möchten, dass Ihre personenbezogenen Daten weiterhin von uns verarbeitet werden. Ihren Widerspruch richten Sie bitte an:
  Hospitalstiftung Dinkelscherben, Spitalgasse 2, 86424 Dinkelscherben
- Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie dem Verantwortlichen bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten.
- Sie haben das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.

Für weitere Fragen zum Datenschutz stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. Darüber hinaus sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, Ihnen die Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten zu nennen. Dieser ist unter folgender Adresse erreichbar:

Datenschutzbeauftragter der Hospitalstiftung Dinkelscherben
Spitalgasse 2, 86424 Dinkelscherben
Telefon: 08292 9606-498
datenschutz@hsdz.de

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Hiermit bestätige ich,

Name, Vorname _____ Telefon _____

Adresse _____

☐ Angehöriger
☐ gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter von _____

Funktion (bitte ankreuzen) Name, Vorname BewohnerIn

dass ich über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und meiner Rechte hinsichtlich ihrer Verarbeitung, aufgeklärt worden bin.

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten von der Hospitalstiftung Dinkelscherben zu folgenden Zwecken:

- als Kontaktperson und/oder gesetzliche/r VertreterIn für eine Bewohnerin/einen Bewohner
- zur Sicherstellung des Kontaktes
- zur Vertragserfüllung

erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____