

## Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zur Durchführung des SMS Dienstes

Hiermit entbinde ich

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

meinen behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB, soweit dies für den Versand der SMS von dieser Arztpraxis an meine Mobilfunknummer erforderlich ist.

Ich erkläre mich insoweit ausdrücklich einverstanden:

- mit der Weitergabe meiner zum Zwecke der SMS-Dienstes erforderlichen Daten (Vorname, Name, Mobilfunknummer) an CGM Deutschland AG, BA Connectivity, Maria Trost 21, 56070 Koblenz.

Meine Daten werden ausschließlich zum Zweck der Verarbeitung und Übermittlung der SMS von meinem behandelnden Arzt/Arztpraxis an meine Mobilfunknummer verwendet.

Eine Weitergabe meiner Daten an Dritte erfolgt nicht. Die Daten verbleiben im sicheren Rechenzentrum der CGM Deutschland AG in Deutschland und werden binnen 180 Tage gelöscht.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann.

Jede betroffene Person hat gegenüber der CGM Deutschland AG, BA Connectivity, Maria Trost 21, 56070 Koblenz das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO.

Ansprechpartner für Anfragen ist CGM Deutschland AG, BA Connectivity, Kundendienst, Maria Trost 21, 56070 Koblenz, E-Mail: [service.connectivity.de@cgm.com](mailto:service.connectivity.de@cgm.com) , Telefon: 0800/ 551 5512

Zu allen Fragen des Datenschutzes ist der Konzernbeauftragte für Datenschutz der CGM SE, Herr Hans Josef Gerlitz, Tel. 0261 8000 1667, Mail: [hansjosef.gerlitz@cgm.com](mailto:hansjosef.gerlitz@cgm.com), erreichbar.

Darüber hinaus habe ich das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit schriftlich bei meinem behandelnden Arzt, welcher den SMS Dienst nutzt, mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar.

Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile, außer dass ich den SMS Dienst nicht nutzen kann.

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

Unterschrift \_\_\_\_\_