

Einwilligung zur Datenübermittlung per unverschlüsselter E-Mail oder Telefax gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO

Name:

Beihilfenummer:

Bitte zutreffendes ankreuzen:

☐ Hiermit erkläre ich, (Name, Vorname),
geboren am (Geburtsdatum), mich einverstanden, dass
der Bescheid

☐ über die beihilferechtliche Anerkennung einer stationären
Rehabilitationsmaßnahme an das

(Name Krankenhaus)

☐ gefaxt wird, Faxnummer:

☐ per E-Mail gesendet wird, E-Mailadresse:

☐ über die beihilferechtliche Anerkennung einer Verlängerung der
stationären Rehabilitationsmaßnahme an die Rehabilitationseinrichtung

(Name Reha-Einrichtung)

☐ gefaxt wird, Faxnummer:

☐ per E-Mail gesendet wird, E-Mailadresse:

☐ Hiermit erkläre ich, (Name, Vorname), als

☐ Bevollmächtigte/r oder ☐ Betreuer/in

des/der (Name, Vorname) mich einverstanden,
dass der Bescheid

☐ über die beihilferechtliche Anerkennung einer stationären
Rehabilitationsmaßnahme an das

(Name Krankenhaus)

☐ gefaxt wird, Faxnummer:

☐ per E-Mail gesendet wird, E-Mailadresse:

☐ über die beihilferechtliche Anerkennung einer Verlängerung der stationären Rehabilitationsmaßnahme an die Rehabilitationseinrichtung

(Name Reha-Einrichtung)

☐ gefaxt wird, Faxnummer:

☐ per E-Mail gesendet wird, E-Mailadresse:

Ich wünsche ausdrücklich, dass meine oben angegebenen personenbezogenen Daten im Rahmen der erforderlichen Kommunikation mit der medizinischen Einrichtung per Telefax und/oder unverschlüsselter E-Mail übermittelt werden.

Mir ist bewusst, dass diese Form der Datenübermittlung mit datenschutzrechtlichen Risiken verbunden ist – insbesondere kann nicht ausgeschlossen werden, dass unbefugte Dritte Zugriff auf Inhalte erhalten (z. B. durch Einsichtnahme auf dem Übertragungsweg oder durch Sicherheitslücken bei Mailsdiensten).

Ich erkläre hiermit freiwillig und eigenverantwortlich, dass ich diese Risiken in Kauf nehme und im Rahmen meiner Privatautonomie auf den mir grundsätzlich zustehenden Schutz durch zusätzliche Sicherungsmaßnahmen nach der DSGVO verzichte.

Datum:

Unterschrift: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf kann auf demselben Weg erfolgen, wie die Einwilligungserklärung abgegeben wurde, d.h. per Post an die zentrale Scanstelle Detmold, per E-Mail, per Telefax oder zur Niederschrift bei der Beihilfestelle.

Eine Einwilligung durch eine bevollmächtigte Person ist nur möglich, wenn der Beihilfestelle des LBV eine entsprechende Vollmacht vorliegt. Eine Bevollmächtigung zum Stellen der Beihilfeanträge genügt hierbei nicht. Es muss sich um eine Vorsorgevollmacht, Generalvollmacht oder Bestallung als Betreuer oder Betreuerin handeln, die die Bestimmung über Gesundheitssorge und Post- und Fernmeldeangelegenheiten sowie der Vermögenssorge enthält.