

## Datenschutz-Einwilligungserklärung & Schweigepflichtentbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Angebote der medizinischen Flüchtlingshilfe Düsseldorf (nachfolgend „MEDIDUS“) meine personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen. Die Verarbeitung der Daten erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz und aufgrund meiner freiwilligen und ausdrücklichen Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a, 9 Abs. 2 lit. a EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Ich habe die Inhalte des anliegenden Datenschutzhinweises zur Kenntnis genommen und verstanden und gebe die folgende Einwilligungserklärung ab:

- Ich willige ein, dass meine erhobenen und für die Zusammenarbeit mit MEDIDUS erforderlichen personenbezogenen Daten zu den in der vorstehenden Aufklärung und Einverständniserklärung beschriebenen Zwecken durch Mitglieder der medizinischen Flüchtlingshilfe Düsseldorf verarbeitet werden.
- Meine Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Art. 9 DSGVO, insbesondere auf die Verarbeitung von Angaben zu meinem Gesundheitszustand (Gesundheitsdaten).
- Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird hiervon nicht berührt.
- Hiermit entbinde ich von der Medizinischen Flüchtlingshilfe Düsseldorf beauftragte ehrenamtliche Personen von ihrer Schweigepflicht gegenüber  
\_\_\_\_\_ **(Name des Sozialberaters/Anfragenstellers)**  
und erkläre mich damit einverstanden, dass diese die benötigten personenbezogenen Auskünfte im Rahmen ihrer Aufgaben erhalten.

Frau/Herr \_\_\_\_\_  
Vorname Nachname Geburtsdatum

Anschrift

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r) bzw. Betreuer(in)