

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Einwilligungserklärung zur Einrichtung und Nutzung einer elektronischen Patientenakte (ePA)

Ich willige hiermit in die Verarbeitung der nachfolgend genannten personenbezogenen Daten/Sozialdaten von mir bzw. meinem gesetzlichen Vertreter durch die IKK classic ein – nur für den nachfolgend genannten Zweck: **zur Ersteinrichtung und anschließenden Verwaltung meiner elektronischen Patientenakte (ePA).**

- Name, Vorname
- Geburtsdatum des Nutzers
- IdentDateTime (Zeitstempel für die vollzogene Identifizierung des Nutzers)
- Schutzklasse für die Identifikation
- Identifizierungsverfahren
- Meldeadresse: Länderkennzeichen, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer
- Ende der Registrierung / Ja oder Nein
- Zeitpunkt Registrationsbeginn
- Für mich individuell in die ePA eingestellte Daten

Die IKK classic darf für den o. g. Zweck die o. g. Daten/Sozialdaten wie folgt verarbeiten:

- Starten der Anwendung ePA
- Einrichten der Einstellungen für die ePA
- Verwalten der gespeicherten Informationen des Nutzers

Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen gemäß Artikel 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a DSGVO, Artikel 7 ff. DSGVO, § 35 SGB I, §§ 67 ff SGB X finden Anwendung.

Ich weiß, dass meine Einwilligung freiwillig erfolgt und ich meine Einwilligung gegenüber der IKK classic jederzeit schriftlich, zur Niederschrift oder elektronisch über die ePA-App und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die bis zum Zeitpunkt eines Widerrufs erfolgte Datenverarbeitung ist davon nicht berührt und damit rechtmäßig. Mein Widerruf hat zur Folge, dass meine elektronische Patientenakte sofort und unwiderruflich gelöscht wird.

Weitere Informationen zu Art und Umfang der Datenverarbeitung kann ich der Datenschutzerklärung unter ikk-classic.de/epa/datenschutzerklaerung entnehmen.

Falls ich das Kostenerstattungsverfahren gemäß § 13 Abs. 2 SGB V bei der IKK classic gewählt habe, bestätige ich hiermit, meine elektronische Gesundheitskarte ausschließlich für die ePA zu nutzen.

Die allgemeinen Nutzungsbedingungen zur Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) in der aktuell gültigen Fassung habe ich gelesen und ich erkläre mich mit ihnen einverstanden. Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.