

Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner persönlichen Daten durch den Betriebsärztlichen Dienst (BÄD) ein.

Hiermit entbinde ich den Betriebsärztlichen Dienst von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Medizinischen Studiendekanat bezüglich meines Immunstatus.

I hereby consent to the processing of my personal data by the Occupational Health – Betriebsärztlicher Dienst (hereinafter referred as BÄD) of the University Hospital Duesseldorf.

I hereby release the BÄD from the medical confidentiality obligation towards the Medical Dean's Office regarding my immune status.

Name: _____

Datum/Date: _____ Unterschrift/Signature: _____

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs ist die ärztliche Schweigepflicht zu wahren. Diese Widerrufserklärung richten Sie bitte an den Betriebsärztlichen Dienst mittels formloser schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Befunde und Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Your consent is voluntary. You have the option to revoke your consent at any time without giving any reasons. In case of revocation, medical confidentiality is to be maintained. Please address this declaration of revocation to BÄD by means of an informal written declaration stating your name and address. However, your revocation is only valid from the time you announce it. It has no retroactive effect. The processing of your findings and data up to this point remains lawful.