

Einwilligungserklärung

COVID-19-Impfung

Ich willige hiermit ausdrücklich ein, dass bis auf Widerruf die angegebenen Gesundheitsdaten (Coronaerkrankung, Vorerkrankungen, Allergien etc.) und die personenbezogenen Daten (Name, Alter, SV-Nr., Telefonnummer, E-Mail-Adresse etc.) automationsunterstützt erfasst und verarbeitet werden.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung gegenüber der Ärztekammer für Kärnten unter datenschutz@aekktn.at widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt.

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <https://www.aekktn.at/datenschutz>.

Familienname: _____

Vorname: _____

Datum

Unterschrift