

## Datenschutzerklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

**Ich nehme zur Kenntnis, dass im Zusammenhang mit meiner Person als Spender oder Spendewilliger:**

- a) meine persönlichen und medizinischen Daten im Rahmen des gesetzlich zulässigen und erforderlichen Umfangs, insbesondere zu den im Transfusionsgesetz geregelten Zwecken, zum Zweck meiner ärztlichen Behandlung und zur Risikoerfassung nach dem Arzneimittelgesetz von der Plasmavita Healthcare GmbH nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet, genutzt und unter Berücksichtigung der Speicherfristen gespeichert werden;
- b) meine Daten z.B. an pharmazeutische Unternehmen, Einrichtungen wie Kliniken und Arztpraxen ausschließlich in anonymisierter Form übermittelt werden;
- c) meine gespeicherten Daten, soweit erforderlich, auch zur Erfüllung der Überwachungsaufgaben nach dem Arzneimittelgesetz an zuständige Behörden, oder zur Verfolgung von Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten, die im Zusammenhang mit der Spende stehen, weitergegeben werden können.

**Kenntnisnahme zur Datenerhebung, -verarbeitung, und -nutzung personenbezogener Daten, die Spende betreffend:**

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine persönlichen und medizinischen Daten in dem oben genannten Umfang sowie in der oben genannten Art und Weise erhoben, verarbeitet, genutzt und gespeichert werden dürfen, auch wenn ich von der Spende ausgeschlossen werden sollte. Ebenso werden zu Identifikationszwecken die Daten meines Personalausweises bzw. meines Reisepasses erhoben, verarbeitet, genutzt und gespeichert. Weiterhin wird zu Identifikationszwecken meine Unterschrift mittels Signaturpad in elektronischer Form erfasst, verarbeitet, genutzt und gespeichert.

Weiterhin nehme ich zur Kenntnis, dass die Plasmavita Healthcare GmbH die von mir angegebene Adresse und die Rufnummer erheben, verarbeiten und nutzen darf, um mich zum Zweck gesetzlicher Verpflichtungen im Zusammenhang mit meiner Spende über Zulassung, Rückstellung oder Spendenausschluss sowie zur Einladung zu einem persönlichen Gespräch bezüglich gesundheitsbezogener Daten postalisch, telefonisch oder per SMS kontaktieren zu können.

**Datum, Unterschrift Spender:**

**Einwilligungserklärung gemäß DSGVO, Artikel 6, Abs. 1a:**

Ich willige ein, dass die Plasmavita Healthcare GmbH **allgemeine Spenderinformationen** wie z.B. anstehende Aktionen und Informationen zur Spenderbetreuung übermitteln darf (zutreffendes bitte ankreuzen).

Ja

Nein

Die Plasmavita Healthcare GmbH darf die allgemeinen Spenderinformationen auf folgendem Weg an mich übermitteln (zutreffendes bitte ankreuzen):

E-Mail

Telefon

SMS (über externen Anbieter)

Ich willige ein, dass mein Vorname und der erste Buchstabe des Namens zur Gewährleistung des Spendenablaufes und der Spenderführung über die Anzeigen des Spenderleitsystems der Plasmavita Healthcare GmbH auch für andere Personen sichtbar auf entsprechenden Monitoren angezeigt wird (zutreffendes bitte ankreuzen).

Ja

Nein

<b>Titel:</b> Datenschutz- und Einwilligungserklärung	<b>ANLAGE 01 zu SOP 01</b> <b>Version 05</b>
	<b>Gültig ab:</b> 01.10.2022

Ich willige ein, dass bei einem Anruf zur Terminvergabe mein Vorname, der Nachname und die Telefonnummer von unserem System für die Vergabe eines Termins verarbeitet wird (zutreffendes bitte ankreuzen).

Ja

Nein

Durch das Herunterladen und Nutzen der Plasmavita-Spender App, erkläre ich mich mit der dazu benötigten Verarbeitung personenbezogener Daten einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich mein oben erklärtes Einverständnis zur Datenerhebung, -verarbeitung, und -nutzung im Zusammenhang mit der Spende jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, dieser Widerruf jedoch keine Auswirkungen auf meine, bis zu diesem Zeitpunkt durch die Plasmavita Healthcare GmbH erhobenen, verarbeiteten und genutzten personenbezogenen Gesundheitsdaten hat, da die Plasmavita Healthcare GmbH nach § 11 und § 14 Transfusionsgesetz gesetzlich verpflichtet ist, diese Daten 30 Jahre aufzubewahren. Mir ist bewusst, dass bei einem Widerruf des oben erklärten Einverständnisses ein Ausschluss von der Spende erfolgen kann.

Der Widerruf kann jederzeit in einfacher Schriftform in jedem Spendenzentrum der Plasmavita Healthcare GmbH und bei deren Geschäftsführung, Plasmavita Healthcare GmbH, Landsteinerstraße 1, 04103 Leipzig, erklärt werden.

<b>Datum, Unterschrift Spender:</b>	
-------------------------------------	--

**Zur Erhebung der benötigten Daten und zur Optimierung der Spenderbetreuung füllen Sie bitte alle Felder in leserlicher Form aus.**

Personalien				
Vorname:		Name:		
Titel:		Geburtsname falls abweichend:		
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr):		Geschlecht (bitte ankreuzen):	Weiblich	Männlich
Adresse				
Straße, Hausnummer:		Postleitzahl, Ort:		
Telefon:		E-Mail-Adresse:		
Von Plasmavita auszufüllen:				
Dokumentenart Ausweis:		Dokumentennummer:		Spendernummer:
Adressprüfung und Prüfung der oben aufgeführten Felder durch Mitarbeiter Datum, Unterschrift:				

Ich habe in der vorliegenden Einwilligungserklärung zum Datenschutz alle Daten korrekt angegeben.

<b>Datum, Unterschrift Spender:</b>	
-------------------------------------	--

Danke, dass Sie sich entschieden haben, Plasmaspender zu werden. Ihr Plasmavita-Team