



AMUNDAS
Health + Safety

Einverständniserklärung

zur Akteneinsicht und Datenspeicherung

Vorname, Name, geb. Datum (Druckbuchstaben):

- Ich bin mit der Einsicht in die Betriebsarztakte durch die Ärzte der AMUNDAS GmbH (Frau Ann-Kristin Kleimeier, oder Vertreter) einverstanden.
- Ich bin mit der elektronischen Datenspeicherung meiner beim bzw. durch den Betriebsarzt der AMUNDAS GmbH erhobenen Daten und Befunde (Testergebnisse) einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Eignungsbescheinigungen der durch den Betriebsarzt der AMUNDAS GmbH durchgeführte Eignungsuntersuchung mit dem Ergebnis geeignet / nicht geeignet an die Personalabteilung Ihres Unternehmens übermittelt wird.

HINWEIS: alle Daten unterliegen der besonderen ärztlichen Schweigepflicht und werden nur dann an den Arbeitgeber weitergegeben, wenn Sie ausdrücklich einverstanden sind und sich dazu schriftlich erklären.

WIDERUFSBELEHRUNG: Sie können jederzeit das Einverständnis zur Einsicht in die Altakten, zur Datenspeicherung, wie auch zur Weiterleitung der Eignungsbescheinigungen an den Arbeitgeber widerrufen.

Datum, Unterschrift _____