

Nachname, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Arbeitgeber	

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben eingegebenen Daten und Untersuchungsergebnisse in der **arbeitsmedizinischen Software SAMAS** gespeichert werden. Des Weiteren bin ich ebenfalls einverstanden, dass diese Daten auf die DEKRA SE Server übermittelt werden. Die Möglichkeit, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich bin damit einverstanden, dass zum Zweck der Abrechnung mein **Name** und die arbeitsmedizinische **Leistung (keine Befunde/Diagnosen)**, an den Arbeitgeber/die Abrechnungsstelle (auch elektronisch) übermittelt werden und entbinde diesbezüglich den Arzt/die Ärztin der Dekra Automobil GmbH von der ärztlichen Schweigepflicht.

**einverstanden**

**nicht einverstanden**

Diese Einwilligungserklärung wird freiwillig abgegeben. Sie kann jederzeit widerrufen werden.  
Es gilt die Datenschutzerklärung der Dekra Automobil GmbH.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_