

# Vollmacht

zur Vereinbarung  
von Facharzt- sowie  
Psychotherapieterminen  
durch benannte Dritte

## Vollmachtgeber

Vor-/ Nachname	
Straße / Hausnummer	PLZ / Wohnort

## Vollmachtnehmer

Vor-/ Nachname	
Straße / Hausnummer	PLZ / Wohnort

Herr/ Frau \_\_\_\_\_(Vollmachtnehmer/in) wird durch dieses Schriftstück dazu bevollmächtigt, einen Termin bei einem Facharzt/ Psychotherapeuten über die Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen für mich zu vereinbaren.

Darüber hinaus erkläre ich mein Einverständnis, dass meine personenbezogenen Daten für die Terminvermittlung aufgenommen werden und im Anschluss an die entsprechende Praxis weitergegeben werden.

- Diese Vollmacht ist gültig bis zu meinem schriftlichen Widerruf.
- Diese Vollmacht ist für den folgenden Zeitraum gültig:  
von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Alle Einwilligungen sind freiwillig. Sie können Ihre Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an [terminservicestelle@kvhessen.de](mailto:terminservicestelle@kvhessen.de) widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Weitergabe Ihrer Daten an die Praxis wird durch den Widerruf nicht berührt. Ihre Daten werden bei der Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen entsprechend der gesetzlichen Anforderungen gelöscht, sobald die Speicherung nicht mehr für die Terminvermittlung erforderlich, Sie Ihre Einwilligung widerrufen haben oder der Gültigkeitszeitraum der Vollmacht abgelaufen ist.

Gegenüber der KV Hessen bestehen gemäß Art. 15 ff. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) das Recht auf Auskunft über eigene personenbezogenen Daten, ein Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung, ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO), sofern die rechtlichen Voraussetzungen gegeben sind. Zudem steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der Datenschutzaufsichtsbehörde, dem Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, zu.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Vollmachtgeber)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Vollmachtnehmer)

Bitte senden Sie die Vollmacht per Mail an [terminservicestelle@kvhessen.de](mailto:terminservicestelle@kvhessen.de) und geben im Betreff „Vollmacht Nachname, Vorname, Geburtsdatum“ an.  
Informationen zum Datenschutz der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen finden Sie unter:  
[www.kvhessen.de/datenschutz/](http://www.kvhessen.de/datenschutz/)