

Einwilligungserklärung

50 Jahre Transplantation bei Kindern und Jugendlichen an der MHH: Mitmach-Aktion „Schenke Mut: Erzähl Deine Geschichte“

Anlässlich des 50-jährigen Jubiläums der Transplantation bei Kindern und Jugendlichen an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) findet die Mitmach-Aktion „Schenke Mut: Erzähl Deine Geschichte!“ statt. In diesem Rahmen können transplantierte Patientinnen und Patienten sowie Angehörige Beiträge einreichen, die persönliche Erfahrungen und Erlebnisse schildern.

Veröffentlichung des Beitrags

Hiermit gestatte ich der MHH den von mir eingereichten Beitrag als (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN):

- Schriftdokument
- Bilddokument
- Videodokument
- Tondokument

zu speichern und zu veröffentlichen im

- Internetauftritt der MHH
- Social-Media-Auftritt der MHH
- Jubiläumsbuch „50 Jahre Transplantation bei Kindern und Jugendlichen an der MHH“
- Rahmen einer Jubiläumsveranstaltung
- Rahmen einer Ausstellung zur Aktion

- und zu nutzen für Presseinformationen und
- an Dritte (z. B. Medienunternehmen) weiterzugeben, z.B. in Form von Presseinformationen für die weltweite Nutzung.

Titel des Beitrages ist:

Ich bin einverstanden, dass folgende Angaben zusammen mit meinem Beitrag veröffentlicht werden

(ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN):

- Vorname _____
- Alter _____
- Betroffenes Organ _____
- Transplantationszentrum _____

- Mein Beitrag soll anonym veröffentlicht werden

Mein Beitrag wird zusammen mit der Einwilligungserklärung langfristig aufbewahrt und (nur wenn von mir bewilligt) ggf. für weitere zukünftige Maßnahmen genutzt.

**UNTERSCHRIFT AUF
DER RÜCKSEITE NICHT VERGESSEN →**

Verlosung & Buch

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten wie Vor- und Nachname, Adresse sowie Kontaktdaten für die Verlosung und die Übersendung des Buches bis zum 31. Dezember 2021 im Transplantationszentrum gespeichert werden. Die personenbezogenen Daten werden anschließend gelöscht und von uns nicht weiterverwendet. Mir ist bekannt, dass der Rechtsweg ausgeschlossen ist.

Ich nehme an der Verlosung teil. Ich nehme nicht teil.

Aus der Einwilligung zur Veröffentlichung leite ich keine Rechte gemäß dem Urheberrecht ab.

Die MHH achtet die Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Hinsichtlich meiner personenbezogenen Daten stehen mir das Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO), das Recht auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), das Recht auf Löschung (Art. 17 DSGVO), das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) und das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) zu. Ich habe zudem nach Art. 77 das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde zu beschweren.

Datenschutzbeauftragte der MHH:

Medizinische Hochschule Hannover, Die Datenschutzbeauftragte - OE 0007, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover
Verantwortlich für die Einhaltung des Datenschutzes ist die MHH, vertreten durch das Präsidium, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt und von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Die Einwilligung gilt ab dem Datum der Unterschrift bis zum Zeit-

punkt des Widerrufs, wobei die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird. Im Falle des Widerrufs meiner Einwilligung wird der Beitrag im Internet gelöscht, sofern sie den Verfügungsmöglichkeiten des Veranlassers unterliegen.

Für den Widerruf meiner Einwilligung und die Geltendmachung meiner Rechte muss ich mich wenden an:
Medizinische Hochschule Hannover, Transplantationszentrum, OE 1122, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover, deinegeschichte@mh-hannover.de, Tel. 0511 / 532- 840 84.

Vorname, Name

Anschrift

Telefonnummer (NUR BEI TEILNAHME AN DER VERLOSUNG AUSFÜLLEN)

E-Mail (NUR BEI TEILNAHME AN DER VERLOSUNG AUSFÜLLEN)

Ort, Datum, Unterschrift

Bei Minderjährigen unter 16 Jahren Unterschriften beider Erziehungsberechtigten / bei alleinigem Sorgerecht eines Erziehungsberechtigten oder der gesetzl. Vertretung



Ort, Datum, Unterschrift

Bitte reichen Sie diese Einwilligungserklärung ausgefüllt zusammen mit dem Beitrag per E-Mail oder postalisch beim Transplantationszentrum ein. Eine von Ihnen angefertigte Kopie der Einwilligungserklärung ist für Ihre Unterlagen bestimmt.