

## Anlage 1

zum Antrag auf Ermächtigung zur Durchführung der ärztlichen Überwachung beruflich exponierter Personen

LANDESDIREKTION  
SACHSEN



## **Einwilligung zur Veröffentlichung nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO)**

Der Freistaat Sachsen führt unter [www.arbeitsschutz.sachsen.de](http://www.arbeitsschutz.sachsen.de) eine „**Liste aller ermächtigten Ärztinnen und Ärzte zur Durchführung der ärztlichen Überwachung nach Strahlenschutzverordnung im Freistaat Sachsen**“.

Diese Liste ist öffentlich und für jedermann zugänglich.

Sie enthält folgende Daten: Titel, Vorname, Nachname der ermächtigten Ärzte, ihre Einrichtung, Angaben zur postalischen Anschrift dieser Einrichtung und die Telefonnummer der Einrichtung.

Ist nach Erteilung der Ermächtigung/Folgeermächtigung gemäß § 175 Absatz 1 StrlSchV ein Verbleib/eine Aufnahme in diese/r Liste gewünscht, bedarf es dazu Ihrer Einwilligung.

Mit Ihrer Einwilligung werden die im Antrag auf Ermächtigung/Folgeermächtigung angegebenen Daten zur Person und Einrichtung für die Aufnahme in die Liste verwendet und dort veröffentlicht. Eine Verarbeitung dieser Daten zu weiteren Zwecken erfolgt nicht. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung werden eingehalten.

Die Dauer der Speicherung ist gleich zur Befristung der Ermächtigung gemäß § 175 Absatz 1 Satz 3 StrlSchV auf 5 Jahre beschränkt.

Die Widerrufserklärung ist per E-Mail an [arbeitsschutz@lds.sachsen.de](mailto:arbeitsschutz@lds.sachsen.de) oder postalisch an die Landesdirektion Sachsen, Abteilung Arbeitsschutz und Marktüberwachung, Referat 53, 09105 Chemnitz zu richten.

Im Falle eines Widerrufs erfolgt die Streichung aus der Liste.

Der Widerruf hat keine Auswirkungen auf die Ermächtigung nach § 175 Absatz 1 StrlSchV. Diese Liste wird dem Sächsische Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, Referat 25, Wilhelm-Buck-Str. 2, 01097 Dresden zur Veröffentlichung übermittelt.

### **Einwilligungserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten zu meiner Person und zur Einrichtung aus dem Antrag auf Ermächtigung/Folgeermächtigung nach der StrlSchV auch für die Aufnahme in die „Liste aller ermächtigten Ärztinnen und Ärzte zur Durchführung der ärztlichen Überwachung nach Strahlenschutzverordnung im Freistaat Sachsen“ verwendet und dort veröffentlicht werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/ggf. Arztstempel