



Bundesärztekammer  
Informationsmanagement  
Postfach 120 864  
10598 Berlin  
[interessen-daet@baek.de](mailto:interessen-daet@baek.de)

Stand: 127. DÄT 2023

**Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen**

**Titel:**

**Name:\***

**Vorname: \***

**Mitglied der  
Landesärztekammer\*:**

Praxis

Krankenhaus

**Hauptberufliche  
Tätigkeit\*:**

Behörde/Körperschaft

Sonstiges

Ruhestand

**Fachgebiet(e)\***

**Funktion in der Landesärztekammer\***

**Funktion in der Bundesärztekammer\***

**Interessenwahrnehmungen\*/<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Auszug aus dem „Verfahren zur Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen“: „...Mitgliedschaften in Organisationen offengelegt, die unmittelbar im Zusammenhang mit dem Amt einer/eines Abgeordneten bzw. Vorstandsmitglieds und/oder ihrer ärztlichen Tätigkeit stehen“ und „...Beteiligung an oder Tätigkeiten in einem Unternehmen des Gesundheitswesens mit Nebeneinkünften.“

## **Einwilligungserklärung**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner oben genannten Angaben zur Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von der Bundesärztekammer zum Zwecke der transparenten Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen auf der Homepage der Bundesärztekammer bis zum Wegfall meiner Eigenschaft als Vorstandsmitglied und/oder als Abgeordnete/r des Deutschen Ärztetages verarbeitet werden.

Als Abgeordnete/r des Deutschen Ärztetages bin ich damit einverstanden, dass einmal von mir mitgeteilte Informationen über Interessenwahrnehmungen in Folgejahren bis zu meinem Widerruf weiterhin verarbeitet und veröffentlicht werden, wenn ich erneut Abgeordnete/r des Deutschen Ärztetages bin. Ich bin zudem damit einverstanden, dass meine Daten, auch nachdem sie von der Homepage der Bundesärztekammer gelöscht wurden, für einen Zeitraum von zehn Jahren papierbasiert archiviert werden.

Die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erfassten personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der EU- Datenschutzgrundverordnung verarbeitet.

Die Verarbeitung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Meine Widerrufserklärung werde ich richten an:

Bundesärztekammer, Informationsmanagement, Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin;  
E-Mail: [interessen-daet@baek.de](mailto:interessen-daet@baek.de)

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine personenbezogenen Daten sowohl auf der Homepage als auch auf elektronischen Datenträgern der Bundesärztekammer gelöscht.

**PIN\*:**

**E-Mail\*:**

(nur für interne  
Zwecke)

**Ort, Datum\*:**

**Unterschrift\*\*:**

### **Hinweis:**

*Das Formular zur Veröffentlichung von Interessenwahrnehmungen soll grundsätzlich elektronisch ausgefüllt werden. Im Ausnahmefall kann das handschriftlich ausgefüllte und ausgedruckte Formular per Post an die oben genannte Adresse versandt werden. Ihre veröffentlichten Daten werden ggf. für das Folgejahr übernommen, solange Sie Ihre Einwilligung zur Veröffentlichung nicht widerrufen.*

*\* Pflichtfelder (müssen ausgefüllt sein)*

*\*\* Bei elektronischem Versand genügt der Eintrag des vollständigen Namens.*