

Einwilligungen zur Erhebung, Nutzung und Übermittlung personenbezogener Daten



Patientenetikett

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir sind aus Datenschutzgründen verpflichtet Einwilligungen zu folgenden Punkten, die im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung von Bedeutung sein könnten, einzuholen.

Ihre Einwilligungen sind freiwillig.

(1) Für eine adäquate Therapie kann es ggf. zur Mitbehandlung, Weiterbehandlung oder Nachsorge notwendig sein Ihre Daten (z. B. Befundbrief) an eine/n Ärztin/Arzt zu übermitteln.

(2) Um Ihnen die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, ist es ggf. empfehlenswert weitere Fachärzte im Rahmen unserer regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Konferenzen (fachübergreifende Beratungen) zur Einholung einer Zweitmeinung, zu konsultieren. Es können auch niedergelassene Ärzte an dieser Konferenz teilnehmen. Alle Teilnehmenden unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

(3) Wir sind als ärztliche Einrichtung zur Dokumentation verpflichtet. Es ist daher bei Probenentnahmen oder operativen Eingriffen zur Verlaufskontrolle und Qualitätssicherung sinnvoll, Aufnahmen (Foto, Video) von verändertem Gewebe (nur Operationsfeld) vorzunehmen und in Ihrer Patientenakte zu speichern.

(4) Im Rahmen der Qualitätssicherung der erfolgten Untersuchung bzw. Behandlung, würden wir Sie ggf. gerne bezüglich Ihres weiteren Gesundheitsverlaufes kontaktieren. Diese Kontaktaufnahme dient ausschließlich zur Qualitätssicherung und der stetigen Verbesserung unserer Leistungen.

(5) Unsere Einrichtung beteiligt sich an medizinischer Forschung. Dazu würden wir Sie ggf. gerne kontaktieren um Ihnen ein Forschungsprojekt mit dem Forschungsziel zu erläutern und anschließend Ihre Einwilligung zur Teilnahme dazu einzuholen. Die Daten werden grundsätzlich pseudonymisiert verwendet.

Zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu den oben genannten Zwecken ist Ihre Einwilligung gemäß Art. 6, 7 und 8 DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) erforderlich.

Zu Ihren personenbezogenen Daten gehören:

- Stammdaten (Anrede, Vorname, Nachname, ggf. Titel, Anschrift, Geburtsdatum)
- Kontaktdaten (ggf. E-Mail-Adresse)
- Gesundheitsdaten (Gesundheitszustand, Krankengeschichte)
- ggf. weitere Informationen, die für die Therapieplanung notwendig sind (z. B. Kinderwunsch)

Einwilligungen zur Erhebung, Nutzung und Übermittlung personenbezogener Daten



Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine Einwilligung zur Erhebung, Nutzung und Übermittlung von personenbezogenen Daten zu den folgenden Zwecken:

Zutreffendes bitte ankreuzen. (Bei Fragen wenden Sie sich bitte vorab an unser Praxisteam.)

(1) Weiterbehandlung, Nachsorge und Mitbehandlung	<input type="checkbox"/> Ich willige ein	<input type="checkbox"/> Ich willige <u>nicht</u> ein
(2) Konsultation/Zweitmeinung im Rahmen interdisziplinärer Konferenz (fachübergreifende Beratung)	<input type="checkbox"/> Ich willige ein	<input type="checkbox"/> Ich willige <u>nicht</u> ein
(3) Aufnahmen (Foto/Video) von verändertem Gewebe zur Dokumentation	<input type="checkbox"/> Ich willige ein	<input type="checkbox"/> Ich willige <u>nicht</u> ein
(4) Kontaktaufnahme zur Qualitätssicherung (z. B. durch Fragebogen)	<input type="checkbox"/> Ich willige ein	<input type="checkbox"/> Ich willige <u>nicht</u> ein
(5) Kontaktaufnahme zur medizinischen Forschung	<input type="checkbox"/> Ich willige ein	<input type="checkbox"/> Ich willige <u>nicht</u> ein

Die Einwilligung beruht auf meiner freiwilligen Entscheidung und gilt auch für die Zukunft. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligungen jederzeit, ohne Angaben von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mir ist bewusst, dass mir daraus keine Nachteile entstehen.

Ich habe die ausliegende Informationspflicht gem. Art.13/14 DSGVO zur Kenntnis genommen, die über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten informiert.

Name: _____

X _____

Ort, Datum

Unterschrift

Bei Minderjährigen benötigen wir die Unterschriften aller gesetzlichen Vertreter***

Namen: _____

Ort, Datum

Unterschriften ***

***Sollte nur ein gesetzlicher Vertreter unterschreiben, verpflichtet sich der/die gesetzliche Vertreter/in, das alleinige Sorgerecht zu besitzen oder in Vollmacht des anderen berechtigten Elternteils zu handeln.

Dieses Dokument ist in digitaler Form in der Karteikarte der/s Patientin/en hinterlegt

Auf Wunsch stellen wir Ihnen gern eine Kopie zur Verfügung.

Praxisstempel