Einwilligungen in die Datenverarbeitung und -übermittlung

MVZ Onko Medical GmbH
Hannover

Pelikanplatz 23, 30177 Hannover
Tel.: 0511/30699999

Patient:in

Name, Vorname:
Anschrift:

Geb.-Datum:

Zum Zwecke einer möglicherweise notwendigen Auskunftserteilung/-anforderung, Weitergabe, Übermittlung, der Kommunikation und Organisation von personenbezogenen Daten zu Ihrer Identifikation und zu Ihrem Gesundheitszustand benötigt unsere Einrichtung nachfolgend differenziert aufgelistete Erklärungen von Ihnen.
Sofern Sie mit einzelnen Nutzungszwecken einverstanden sind, kreuzen Sie diese bitte mit **ja** an oder füllen Sie entsprechende Felder aus. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, kreuzen Sie bitte **nein** an oder füllen Sie keine Felder aus; wird von Ihnen keine Angabe gemacht, wird die Einwilligung als nicht erteilt (**nein**) bewertet.

A) Kontaktaufnahme

Die Praxis darf mich im Zusammenhang zu meiner Behandlung (bspw. zur Vorbereitung der Behandlung; Vereinbarung von Terminen, Fragen zu Rechnungsstellungen u. ä.) kontaktieren via:

Telefon/ Handy:	E-Mail: (unverschlüsselt; es erfolgt keine Übermittlung von Gesundheitsdaten!)	Telefax: (unverschlüsselte Datenübermittlung)

B) Berechtigung zu Auskünften

Die Praxis darf telefonische u./o. mündliche Auskünfte zu meiner Person und Behandlung an folgende Personen geben:	Name, Vorname, Geburtsdatum	Name, Vorname, Geburtsdatum

C) Berechtigung zur Abholung meiner Unterlagen

Die Praxis darf an folgende Personen meine Patientenunterlagen z.B. Rezepte zur Abholung übergeben:	Name, Vorname, Geburtsdatum	Name, Vorname, Geburtsdatum

D) Datenübermittlung und -Anforderung

Hiermit entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht zum Zwecke der notwendigen Weitergabe von persönlichen Daten zur Identifikation und zum Gesundheitszustand. Dies können z.B. Unterlagen wie Arztberichte, Befunde, Patientenakten, Überweisungen und andere Dokumente zum Gesundheitszustand sein.
Zweck: Schweigepflichtentbindung zwecks Anforderung Ihrer Patientenunterlagen von anderen Ärzten/Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen.

Mit- / Weiterbehandler und Hausarzt sind nicht aufzuführen, da die Weitergabe Ihrer Patientenunterlagen für die Behandlung notwendig oder verpflichtend ist.

Sonstige: _____
_____
_____

E) Einwilligung ePA

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis meine ePA (elektronische Patientenakte) im Rahmen meiner Behandlung nutzen darf. Ich bin mir bewusst, dass die ePA nur mit meiner ausdrücklichen Einwilligung genutzt werden darf. ☐ ja ☐ nein

Einwilligungen in die Datenverarbeitung und -übermittlung

MVZ Onko Medical GmbH
Hannover

Pelikanplatz 23, 30177 Hannover
Tel.: 0511/30699999

F) Einwilligung für Fotoaufnahmen

Um eine Patientenverwechselung auszuschließen, möchten wir von Ihnen ein Foto machen und in Ihrer Patientenakte speichern. ☐ ja ☐ nein

G) Aufklärung zur Widerrufsmöglichkeit

Die Einwilligungen (Ziff. A-F) sind stets freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die von Ihnen erteilten Einwilligungen – teilweise oder vollumfänglich – ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Der Widerruf hat keine Rückwirkung, d. h. die Verarbeitung Ihrer Daten bis zum Zeitpunkt des erklärten Widerrufs bleibt rechtmäßig.

H) Erlaubnis Tumorkonferenz

Ich willige ein, dass mein Behandlungsfall im Rahmen von Fach-Konferenzen mit anderen Fachärzten besprochen werden darf, um weitere Expertise zu meinem Fall einzuholen. Mir ist bewusst, dass meine personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten von anderen Ärzten außerhalb dieser Praxis dargestellt werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Umsetzung der mit „ja“ angekreuzten und ausgefüllten Abfragen. Ebenfalls wurde ich darüber aufgeklärt, dass nicht angekreuzte Optionen oder nichtgetätigte Einträge automatisch als versagt („**nein**“) bewertet werden. Es bestehen keine Verständnisprobleme zur weiteren Umsetzung.

Ort, Datum	**Unterschrift Patient:in/ Vertretungsberechtigte:r**	**Unterschrift Mitarbeiter:in**