

Verwendbar für gesetzlich und privat (zusatz-) krankenversicherte Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung im S | Medical-Center können Daten über Ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erhoben, erfasst, gespeichert, verarbeitet, abgefragt und genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte übermittelt werden. Weitere Hinweise sowie Ihre Rechte als Betroffener entnehmen Sie bitte dem Hinweisblatt **„Informationspflichten bei der Erhebung personenbezogener Daten“**, die Sie jederzeit in der Praxis einsehen können.

Für einen reibungslosen Ablauf arbeiten wir mit externen Dienstleistungsunternehmen und Laboren zusammen. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die ent-

sprechenden Unternehmen und Labore weitergeleitet, die diese u.a. als Auftragsverarbeiter zum Zweck der Erbringung der vorgesehenen Dienstleistungen verarbeiten. Eine Übersicht über die derzeit tätigen externen Unternehmen und die vereinbarten Leistungen entnehmen Sie bitte dem **„Aufklärungsblatt zur Datenübermittlung“**, welches Sie jederzeit in der Praxis einsehen können. Welche Daten von Ihnen in welchem Umfang betroffen sind, können Sie bei Ihrem behandelnden Arzt erfragen. Die Daten werden dort so lange aufbewahrt wie es für die Erbringung der Leistungen oder aus Dokumentationsgründen erforderlich ist und werden im Anschluss – soweit möglich – gelöscht. Labore haben eine eigene Aufbewahrungspflicht.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ich willige ein, dass das S | Medical Center im Rahmen der Erforderlichkeit meine Patientendaten an externe Dienstleistungsunternehmen, zum Zwecke der vorgesehenen Auftragserfüllung übermittelt. Weiterhin willige ich ein, dass das S | Medical-Center meine Patientendaten im Rahmen der Erforderlichkeit externen Laboren zum Zwecke der Untersuchung medizinischer Proben übermittelt.

Ich gebe diese Einwilligung freiwillig ab. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden und ist an das S | Medical Center zu richten. Wir weisen darauf hin, dass Ihr Widerruf erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser das S | Medical-Center zugeht, gilt. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Eine Verweigerung der Einwilligung kann erhebliche Beeinträchtigungen des Behandlungsverlaufs, ggf. dessen Verhinderung, zur Folge haben.

Datum:

Unterschrift des/der Patient(en)/in /
bzw. Vertreters mit Vertretungsmacht

Hinweise und Einverständniserklärungen

zur Datenübermittlung und -verarbeitung an und durch Dritte

Datenübermittlung zwischen dem MVZ und Hausärzten / sonstigen Vor- / Nach- / Weiterbehandlern

(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a, Art. 9 Abs. 2a DS-GVO)

☐ Ich bin damit einverstanden, dass das S | Medical Center die bei

(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, **anfordern** kann. Ich entbinde diese/diesen Ärztin/Arzt von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht. Das S | Medical-Center wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass das S | Medical-Center die mich betreffenden Behandlungsdaten und -befunde an meinen Hausarzt / sonstigen Vor- / Nach- / Weiterbehandler übermittelt. Dabei dient insbesondere die Übermittlung an den Hausarzt der Erstellung und Vervollständigung einer von dieser durchzuführenden zentralen Dokumentation sowie ggf. zur weiteren Behandlung. Meine Einwilligung gilt unabhängig davon, ob meine Weiterbehandlung direkt im Anschluss an die Behandlung im S | Medical-Center von meinem Hausarzt / sonstigen Arzt / Behandler übernommen wird. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte des S | Medical-Center insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum:

Unterschrift des/der Patient(en)/in /
bzw. Vertreters mit Vertretungsmacht

Ich wünsche, dass **folgende Personen** Auskünfte über meine Person im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung erhalten können:

(Name, Vorname)

(Name, Vorname)

Ich bin schließlich damit einverstanden, dass das S | Medical-Center meine Postadresse / E-Mail-Adresse / Telefonnummer für Patienteninformationen, Zufriedenheitsbefragungen sowie das Recall-System (Terminerinnerungen) verwenden darf.

Ich gebe diese Einwilligung freiwillig ab. Eine Nichteinwilligung kann möglicherweise zu Nachteilen bei der aktuellen oder einer künftigen Behandlung führen, wenn behandlungsrelevante Daten nicht vorliegen.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden und ist an das S | Medical-Center zu richten. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und dem S | Medical-Center statt. Wir weisen darauf hin, dass Ihr Widerruf erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem S | Medical-Center zugeht, gilt. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datum:

Unterschrift des/der Patient(en)/in /
bzw. Vertreters mit Vertretungsmacht