

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Einverständniserklärung zur Datenübermittlung und -verarbeitung (Art. 6 und 7 DSGVO)

Ich wurde darüber informiert, dass es im Rahmen meiner Behandlung bzw. der Behandlung meines Kindes notwendig sein kann, Untersuchungen durchführen zu lassen (bzw. eine andere Stelle, z. B. Arzt, Klinik, zur Mitbehandlung herangezogen wird). Dabei werden auch persönliche Daten von mir/meinem Kind im Zusammenhang mit der Gesundheit (insbesondere Name, Geburtsdatum, Angaben zu meiner Behandlung/vorherigen Behandlungen, Versicherungsangaben) an ein mit der Untersuchung beauftragtes z. B. medizinisches Labor oder eine mitbehandelnde Stelle übermittelt und dort zu Zwecken der weiterführenden Untersuchungen und der ärztlichen Abrechnung erhoben, gespeichert und genutzt. In Ausnahmefällen führt das beauftragte Institut die Untersuchungen nicht selbst durch, sondern leitet den Auftrag an ein kooperierendes Institut weiter (z. B. Labor-Spezialuntersuchungen).

Die Ärzte der Institute bzw. die anderen mitbehandelnden Ärzte sowie deren Mitarbeiter unterliegen der gesetzlich verankerten Schweigepflicht. Alle Mitarbeiter wurden ebenfalls entsprechend der gesetzlichen Vorgaben zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Kontaktdaten der Institute und mitbehandelnden Stellen werden mir auf Nachfrage selbstverständlich mitgeteilt.

Hiermit erkläre ich mich

Name, Vorname *(Bitte in Druckbuchstaben)*

Geburtsdatum

Mit folgenden Vorgängen einverstanden (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Übermittlung an externe Auftragslaboratorien und Verarbeitung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir/meinem Kind durch externe Auftragslaboratorien zum Zweck der Bestimmung labormedizinischer Parameter.
- Übermittlung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir/meinem Kind z.B. durch die externen Auftragslaboratorien an Speziallabore und dortige Verarbeitung zum Zwecke der Durchführung von Spezialuntersuchungen, die im Auftragslabor nicht durchgeführt werden können, andere Institute.
- Übermittlung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir/meinem Kind an mitbehandelnde Ärzte, Kliniken oder andere Stellen (z. B. OP-Zentrum).
- Ausschließlich an:

-
- Übermittlung personenbezogener Daten z. B. medizinische Befunde, von mir/meinem Kind per E-Mail an folgende Adresse:
-

Für die o. g. Maßnahmen entbinde ich meinen Arzt M. D. Joseph Bcheraoui aus der ambulanten Facharztpraxis am Nordwestzentrum gegenüber den o. g. Stellen von seiner Schweigepflicht. Mit meiner Unterschrift willige ich in die wiederkehrende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten/der Daten meines Kindes ein. Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten/die meines Kindes ausschließlich zu o. g. Zwecken und nur im erforderlichen Maße an die genannten Stellen weitergegeben werden. Ich habe das Recht auf Auskunft über die Datenempfänger sowie die Art der dort von mir/meinem Kind erhobenen und gespeicherten Daten. Außerdem habe ich das Recht auf Korrektur und Löschung der gespeicherten Daten, soweit gesetzliche Regelungen (z. B. Mindestaufbewahrungsfrist) einer Löschung nicht entgegenstehen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für Zukunft durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen kann.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____