

Patientenaufkleber

## **Einverständniserklärung zur Erhebung, Nutzung und Übermittlung personenbezogener Daten**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihnen die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, ist es ggf. notwendig weitere Fachärzte, z. B. im Rahmen fachübergreifender Beratungen (interdisziplinärer Konferenzen) oder zur Einholung einer Zweitmeinung, zu konsultieren. Des Weiteren kann es erforderlich sein zum Zwecke der Mitbehandlung, Weiterbehandlung oder Nachsorge Ihre Daten an eine/n Ärztin/Arzt zu übermitteln.

Wir sind als ärztliche Einrichtung zur Dokumentation verpflichtet. Es ist bei Probenentnahmen oder operativen Eingriffen zur Dokumentation (Rückverfolgbarkeit) und zur Qualitätssicherung sinnvoll, Aufnahmen (Foto, Video) von verändertem Gewebe (Operationsfeld) vorzunehmen.

Wir würden Sie gerne in regelmäßigen Abständen bezüglich des weiteren Verlaufes Ihres Gesundheitszustandes kontaktieren. Diese Kontakte und die damit erhobenen Daten werden ausschließlich zur Qualitätssicherung der erfolgten Untersuchungen bzw. Behandlungen oder für die klinische Forschung verwendet. Die Verwendung der Daten/Materialien im Rahmen der klinischen Forschung erfolgt ausschließlich in pseudonymisierter Form (ohne Angabe des Namens).

Zur Erhebung und zur Weiterleitung Ihrer personenbezogenen Daten ist Ihre Einwilligung gemäß Art. 6, 7 und 8 DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) notwendig. Die Daten dürfen nur im Rahmen der Zweckbestimmung und den Bestimmungen der DSGVO und des BDSG (Bundesdatenschutzgesetz) genutzt werden.

Zu Ihren personenbezogenen Daten gehören:

- Stammdaten (Anrede, Vorname, Nachname, ggf. Titel, Anschrift, Geburtsdatum)
- Kontaktdaten (Telefonnummer (Festnetz und/oder Mobilfunk), ggf. E-Mail-Adresse, ggf. Faxnummer)
- Sozialdaten (Krankenkasse, Versicherungsstatus)
- die/der behandelnde oder überweisende Ärztin/Arzt
- ggf. Aufnahmen (Foto, Video) von verändertem Gewebe (Operationsfeld)

Zu den besonderen Kategorien personenbezogener Daten gehören:

- Gesundheitsdaten (Gesundheitszustand, Krankengeschichte)
- ggf. weitere Informationen, die für die Behandlung notwendig sind (z. B. Familienstand, Kinder, Kinderwunsch)

## **Information über Ihr Widerspruchsrecht nach Artikel 21 DSGVO**

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Artikel 6 Abs. 1 Buchstabe f der DSGVO (Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen der verantwortlichen Stelle oder eines Dritten) erfolgt, Widerspruch einzulegen.

Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihren Interessen, Rechten und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.



**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.)*

|  |  |   |
|--|--|---|
| Weiterbehandlung, Nachsorge und Mitbehandlung (z. B. überweisende/r Ärztin/Arzt oder Ärztin/Arzt mit anderem Fachgebiet)                             | <input type="checkbox"/> Ich willige ein | <input type="checkbox"/> Ich willige <u>nicht</u> ein |
| Konsultation/Zweitmeinung zur Qualitätssicherung Ihrer Behandlung (z. B. interdisziplinäre Konferenzen zur Erstellung eines optimalen Therapieplans) | <input type="checkbox"/> Ich willige ein | <input type="checkbox"/> Ich willige <u>nicht</u> ein |
| Aufnahmen (Foto/Video) von verändertem Gewebe zur Dokumentation und zur Qualitätssicherung (z. B. bei Probenentnahmen und operativen Eingriffen)     | <input type="checkbox"/> Ich willige ein | <input type="checkbox"/> Ich willige <u>nicht</u> ein |
| Kontaktaufnahme zur Qualitätssicherung unserer Abläufe in der Praxis und der bei Ihnen erfolgten Behandlung (z. B. durch Fragebogen)                 | <input type="checkbox"/> Ich willige ein | <input type="checkbox"/> Ich willige <u>nicht</u> ein |
| Kontaktaufnahme und/oder Verwendung von Material/Daten zur klinischen Forschung (generell nur in pseudonymisierter Form)                             | <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 bestätige außerdem, dass ich über die Patienteninformation zum Datenschutz informiert wurde und diese zur Kenntnis genommen habe.**

**Name:** .....

.....

**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.

Praxisstempel