

Datenübermittlung und Auskunftserteilung zwischen UKM und externen Ärzt*innen sowie Gesundheitseinrichtungen

Einwilligungserklärung gem. Art. 6 I a, Art. 9 II a DSGVO sowie Schweigepflichtentbindung gem. §203 StGB

Name des*der Patient*in in Druckbuchstaben

geboren am

Für die geplante Behandlung in unserem Hause oder im Rahmen eines aktuellen Behandlungsvertrags ist die Information relevant, ob Behandlungsdaten/Befunde an externe Ärzt*innen sowie Gesundheitseinrichtungen zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden dürfen und ob das UKM bei den genannten externen Ärzt*innen sowie Gesundheitseinrichtungen vorliegende Behandlungsdaten/Befunde, soweit diese für Ihre Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern darf.

Im Behandlungszusammenhang benötigen die behandelnden Ärzt*innen des UKM Informationen zu Behandlungsdaten/Befunden von externen Ärzt*innen sowie Gesundheitseinrichtungen oder umgekehrt die externen Ärzt*innen sowie Gesundheitseinrichtungen Informationen zu Behandlungsdaten/Befunden vom UKM. Die jeweils datenübermittelnde Einrichtung benötigt vor Übermittlung der Daten eine Einwilligung der Patient*innen, also von Ihnen.

Hiermit willigen Sie ein, dass zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken von folgenden externen Ärzt*innen sowie Gesundheitseinrichtungen sowohl Behandlungsdaten/Befunde an das UKM als auch umgekehrt vom UKM an diese übermittelt werden dürfen.

Name	Adresse

Hiermit willige ich freiwillig in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein und entbinde das medizinische Personal der o.g. externen Ärzt*innen sowie Gesundheitseinrichtungen sowie des UKMs wechselseitig von der Schweigepflicht gem. § 203 StGB.

Hinweis: Willigen Sie nicht ein, kann dies möglicherweise zu Nachteilen der aktuellen oder künftigen Behandlung führen, wenn behandlungsrelevante Daten nicht vorliegen.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung zu widerrufen. Richten Sie den Widerruf an Ihre behandelnde Einrichtung. Der Widerruf gilt im Verhältnis zum UKM ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem UKM zugeht mit Wirkung für die Zukunft. Im Falle eines Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen den o.g. Behandler*innen und dem UKM statt.

Ich bin ausreichend informiert worden und hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen.

Datum

Unterschrift Patient*in oder Sorgeberechtigte*r