

## Einverständniserklärung zur Befundanforderung und dem Vermerk der E-Mailadresse

Name der Patientin/des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

- Ich bin damit **einverstanden**, dass die behandelnden Ärzte des DiaMedicum die für meine Behandlung erforderlichen **Daten und Befunde** bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin oder war, **einholt**. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
- Ich erlaube dem MVZ DiaMedicum mir **unverschlüsselte E-Mails** an folgende E-Mailadresse \_\_\_\_\_ mit Berichten, Laborbefunden oder E-Mails mit medizinischem Inhalt zu **senden**. Mir sind die damit verbundenen datenschutzrechtlichen Risiken gewusst, wie die Möglichkeit, dass diese E-Mails ggf. von anderen mitgelesen werden „wie eine Postkarte“, sie ggf. an verschiedenen Stellen zwischengespeichert oder dauerhaft online gespeichert werden. Jede Änderung meiner E-Mail-Adresse teile ich mit, um Fehladressierungen zu vermeiden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/des Patienten

**Bitte wenden und ebenfalls vollständig ausfüllen** 

## **Einverständniserklärung zur Erhebung von Daten einschließlich der Fotodokumentation insbesondere im Rahmen der Wunddokumentation**

Ich habe Kenntnis darüber, dass für das Behandlungsteam gem. § 630f BGB eine Dokumentationspflicht besteht. Diese Pflicht kann im Wege einer Patientenakte in Papierform oder durch eine elektronische Akte erfüllt werden. Vor allem bei der Wundversorgung geschieht dies durch zusätzliche Aufnahmen. Es kann auch erforderlich sein, Daten aus patienteneigenen Messgeräten auszulesen. Alle Behandlungsdaten und Aufnahmen werden unter den besonderen Datenschutzbestimmungen für sensible Daten erhoben, gespeichert und verarbeitet (§ 46 Nr. 13 BDSG und Art. 9 DS-GVO: besondere Kategorien personenbezogener Daten). Alle zugriffsberechtigten Personen unterliegen der ärztlichen oder pflegerischen Pflicht zur Verschwiegenheit. Wo es möglich ist, werden Daten außerdem anonymisiert. Zu den Daten zählen insbesondere Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, ggf. auch von anderen Ärzten, bei denen ich in Behandlung bin, sofern diese meine Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für meine Behandlung. Werden notwendige Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung ggf. nicht erfolgen.

- Ja**, ich bin damit einverstanden.
- Nein**, ich bin damit nicht einverstanden.

Mir ist aber bewusst, dass damit eine ordnungsgemäße Dokumentation meines Behandlungsverlaufes erschwert wird oder gar nicht möglich ist. Eventuell kann dadurch eine Behandlung nicht erfolgen oder eine Weiterbehandlung nicht fortgesetzt werden.

Ich erlaube die **Weitergabe von Behandlungsdaten** und Befunde einschließlich der fotografischen Wunddokumentation zum Zweck der Behandlungskoordination an meine **Hausärztin/meinen Hausarzt oder einen weiterbehandelnden Facharzt**.

Ich erlaube die **Weitergabe an andere Gesundheitsfachdienstleister** mit besonderer Verschwiegenheitsverpflichtung, insbesondere mein Pflegeheim, meinen Pflegedienst oder meine Hausapotheke.

Ich erlaube die **Nutzung der Aufnahmen in anonymisierter Form**

- zu wissenschaftlichen Zwecken,
- zu Ausbildungs- oder Schulungszwecken.
- Mit der Übergabe des **Gerätes zum Auslesen meiner Daten** per Kabel, drahtlos oder aus einem anderen Datenspeicher (Cloud) oder der Nennung des (von mir jederzeit änderbaren) Zugangscodes erlaube ich auch die **Nutzung dieser Daten im Rahmen meiner Therapie**.
- Ich weiß, dass ich jede diese **Erklärungen** einzeln oder zusammen **jederzeit** mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen oder einschränken** kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X** \_\_\_\_\_

Unterschrift der Patientin/des Patienten

\* Im Falle von Personen unter 16 Jahren ist anstelle der Unterschrift der Patientin/des Patienten gem. § 8 DSGVO iVm § 36 SGB I die Unterschrift einer sorgeberechtigten Person erforderlich. Bei anderen Personen, die die Tragweite der Einwilligungen nicht oder nicht vollständig erfassen, kann die Unterschrift des gesetzlichen Betreuers erforderlich sein.