

Einverständniserklärung

Hinweis zur Vollständigkeit und Wichtigkeit der Einwilligung

Bitte stellen Sie sicher, dass Sie alle relevanten Ankreuzfelder **auf 3 Seiten** vollständig ausfüllen. Ihre Einwilligung ist für die ordnungsgemäße und rechtmäßige Durchführung Ihrer Behandlung wichtig. Ohne Ihre vollständige Zustimmung können bestimmte Behandlungen oder die Weiterverarbeitung Ihrer Daten möglicherweise nicht durchgeführt werden.

Name, Vorname

Geburtsdatum

1. Einwilligung zur Kommunikation per E-Mail (§ 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO):

☐ Ich erlaube dem MVZ DiaMedicum, mir unverschlüsselte E-Mails an folgende E-Mail-Adresse zu senden: _____.

Diese E-Mails können Berichte, Laborbefunde oder andere E-Mails mit medizinischem Inhalt enthalten.

Mir sind die damit verbundenen datenschutzrechtlichen Risiken bekannt, wie die Möglichkeit, dass diese E-Mails von unbefugten Dritten mitgelesen werden könnten oder dass sie an verschiedenen Stellen zwischengespeichert oder dauerhaft online gespeichert werden. Ich werde jede Änderung meiner E-Mail-Adresse rechtzeitig mitteilen, um Fehladressierungen zu vermeiden.

Hinweis: Es ist mir bewusst, dass das MVZ DiaMedicum mir nur dann per E-Mail antworten darf, wenn ich diese Einwilligung erteilt habe. Ohne meine Zustimmung ist eine Kommunikation via E-Mail nicht möglich.

☐ Nein, ich bin **nicht** einverstanden.

2. Einverständniserklärung zur Befundanforderung (§ 6 Abs. 1 lit. b DS-GVO):

☐ 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, einholen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

☐ Nein, ich bin **nicht** einverstanden.

3. Einwilligung zur Erhebung von Daten einschließlich Fotodokumentation (§ 630f BGB und § 6 Abs. 1 lit. c DS-GVO):

Ich habe Kenntnis darüber, dass für das Behandlungsteam gemäß § 630f BGB eine Dokumentationspflicht besteht. Diese Pflicht kann sowohl durch eine Patientenakte in Papierform als auch durch eine elektronische Akte erfüllt werden. Insbesondere bei der Wundversorgung erfolgt die Dokumentation durch zusätzliche Aufnahmen. Es kann auch erforderlich sein, Daten aus patienteneigenen Messgeräten auszulesen.

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

Hinweis: Mir ist bewusst, dass dadurch eine ordnungsgemäße Dokumentation meines Behandlungsverlaufes erschwert oder unmöglich wird. Dies kann dazu führen, dass eine Behandlung oder Weiterbehandlung nicht stattfinden kann.

4. Datenschutz und Vertraulichkeit (Art. 9 Abs. 2 lit. h DS-GVO):

Alle Behandlungsdaten und Aufnahmen werden unter den besonderen Datenschutzbestimmungen für sensible Daten erhoben, gespeichert und verarbeitet. Alle zugriffsberechtigten Personen unterliegen der ärztlichen oder pflegerischen Pflicht zur Verschwiegenheit. Wo immer möglich, werden die erhobenen Daten anonymisiert.

Zu den erfassten Daten gehören insbesondere Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, ggf. auch von anderen Ärzten, bei denen ich in Behandlung bin oder war.

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten unter den genannten Bedingungen verarbeitet werden.
 - ☐ Nein, ich bin **nicht** einverstanden.
-

5. Weitergabe von Behandlungsdaten und Fotodokumentation (§ 6 Abs. 1 lit. a und lit. b DS-GVO):

Ich erlaube die Weitergabe meiner Behandlungsdaten und Befunde, einschließlich der fotografischen Wunddokumentation, an zugriffsberechtigte Dritte im Rahmen meiner medizinischen Versorgung.

- ☐ Ich erlaube die Weitergabe von Behandlungsdaten und Befunden, 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 an mein Pflegeheim, meinen Pflegedienst, meine Hausapotheke, Krankenkassen oder andere
- ☐ Nein, ich bin **nicht** einverstanden.

6. Nutzung der Aufnahmen in anonymisierter Form (§ 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO):

Ich erlaube die Nutzung der fotografischen Aufnahmen unter Wahrung der Anonymität:

- ☐ zu wissenschaftlichen Zwecken,
 - ☐ zu Ausbildungs- oder Schulungszwecken.
 - ☐ Nein, ich bin **nicht** einverstanden.
-

7. Nutzung von Daten aus patienteneigenen Messgeräten (§ 6 Abs. 1 lit. a und lit. b DS-GVO):

Es kann erforderlich sein, Daten aus patienteneigenen Messgeräten auszulesen, um eine umfassende und korrekte Behandlung zu gewährleisten.

- ☐ Mit der Übergabe des Gerätes zum Auslesen meiner Daten per Kabel, drahtlos oder aus einem anderen Datenspeicher (Cloud) oder der Nennung eines (von mir jederzeit änderbaren) Zugangscodes erlaube ich die Nutzung dieser Daten im Rahmen meiner Therapie.
 - ☐ Nein, ich bin **nicht** einverstanden.
-

8. Widerruf der Einwilligung (§ 7 Abs. 3 DS-GVO):

Ich weiß, dass ich jede dieser Erklärungen einzeln oder zusammen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen oder einschränken kann.

- ☐ Ich weiß, dass ich jede dieser Erklärungen einzeln oder zusammen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen oder einschränken kann.
-

Ort, Datum:

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, ist die Unterschrift des gesetzlichen Betreuers erforderlich.