

Datenverarbeitung, –Weiterleitung, -Auskunft-Einholung durch das MZEB an den Christophorus-Kliniken

- Einwilligungserklärung -

(gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 17c Abs. 5 KHG und § 8 KDG)

Patient: _____ geboren am: _____

Anschrift: _____

Ich bin/Wir sind als gesetzlicher Vertreter damit einverstanden, dass das Medizinische Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (nachfolgend MZEB) mich/die die oben genannte Person betreffenden Behandlungsdaten (Dokumentation der Behandlung im MZEB) digital auf dem Server der Christophorus-Kliniken und in der elektronischen Patientenakte abspeichert.

Hierbei handelt es sich um folgende Daten:

Name, Geburtsdatum, Anschrift, anamnestische Daten, den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Datenerhebung, Beratungsinhalte, sämtliche im Rahmen von Diagnostik und Behandlung im MZEB erhobenen Untersuchungsbefunde sowie erstellte Befundberichte/Arztbriefe.

Zudem bin ich damit einverstanden, dass das MZEB diese Daten

- in einem Brief an den überweisenden Arzt sowie an die gesetzlichen Vertreter übermitteln darf,
- im Bedarfsfall an das Sozialpädiatrische Zentrum Westmünsterland (SPZ) übermitteln darf,
- nach vorheriger Rücksprache mit mir/uns an Stellen, die mit der Förderung/Therapie der Person befasst sind, weitergeben darf (auf Nachfrage der Stellen)
- bei den nachfolgend aufgeführten Ärzten und Einrichtungen im Rahmen der Diagnostik und Beratung im MZEB einholen bzw. einsehen darf:

Krankenhaus (Name und Adresse): _____

Arzt (Name und Adresse): _____

SPZ Coesfeld: _____

Sonstige (Name und Adresse): _____

Über den Zweck des Daten-Austausches wurde ich ausreichend informiert.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig.

Ich bin über die wesentlichen Bestandteile der neuen Datenschutz-Gesetzgebung informiert worden. So habe ich jederzeit die Möglichkeit, meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenspeicherung statt. Diese Widerrufserklärung richte ich an das MZEB. Mein Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem ich diesen ausspreche. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

(Ort und Datum)

(Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter)

Nur vom Patienten oder gesetzl. Vertreter des Patienten des MZEB auszufüllen