

DATENSCHUTZVEREINBARUNG - EINWILLIGUNG

Patient/-in:

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Ihre aktuelle Behandlung erfolgt im **Medizinischen Versorgungszentrum an der Lungenklinik Hemer GmbH (MVZ)** mit seinen Fachrichtungen Anästhesie/Schmerztherapie, Radiologie und Strahlentherapie. Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach dem neuen Datenschutzgesetz der evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unser MVZ Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

Informationen zu meiner Krankheit / Befunde / Arztbriefe

Der *Austausch von medizinischen Patienteninformationen* im Zuge einer erforderlichen Behandlung ist sinnvoll. Er beschleunigt und verbessert den Behandlungsprozess. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und dem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnese, Diagnose, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder Kollegen erheben. Gemäß § 73 (1b) SGB V willige ich ein, dass das MVZ an der Lungenklinik Hemer Befunde bei weiteren Leistungserbringern (Hausarzt, Facharztpraxen, Kliniken, Labor, Pathologien etc.) einholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Praxen und / oder Kliniken auf deren Wunsch übermittelt.

Bildaufnahme für die elektronische Patientenakte

Zur *Steigerung der Patientensicherheit* werden *digitale Fotos* in Ihrer elektronischen Patientenakte hinterlegt. Die Fotos helfen Verwechslungsgefahren vorzubeugen, Therapieverläufe zu dokumentieren und werden in unserem Krankenhausinformationssystem unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen gespeichert. Die Fotos werden streng vertraulich behandelt und niemals an Dritte weitergegeben. Nur Mitarbeiter des MVZ haben Einsicht in die digitale Patientenakte. Sie können diese Aufnahmen auf Wunsch jederzeit einsehen.

DATENSCHUTZVEREINBARUNG - EINWILLIGUNG

Datenübermittlung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, Befunde, Arztbriefe *elektronisch versandt* werden dürfen (per Fax oder VPN-Tunnelleitungen = sichere Internetleitung).

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich an wichtige Untersuchungs- / *Behandlungstermine schriftlich, telefonisch oder elektronisch erinnert.*

Ich bin damit einverstanden, dass der bei mir erhobene Befund / das getroffene Behandlungskonzept an den überweisenden bzw. mitbehandelnden Facharzt und ggf. auch an den Hausarzt geschickt werden darf.

Optional: Außerdem dürfen **Befunde an folgende Angehörige** weitergegeben werden, sofern deren Identität festgestellt wurde. Ansonsten wird kein Befund an Angehörige weitergegeben. Das gilt auch für telefonische Anfragen, in Notfall oder nach dem Tode. Folgenden Angehörigen kann Auskunft gegeben werden:

Angehöriger Nr. 1

Name, Vorname; Geb.-Datum

Telefon-Nr.

Verwandtschaftsgrad

Angehöriger Nr. 2

Name, Vorname; Geb.-Datum

Telefon-Nr.

Verwandtschaftsgrad

Dieser Einverständniserklärung kann jederzeit widersprochen werden.

Datum und Unterschrift Patient/-in