



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 Krankenkassen, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt 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 von Ihnen 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, Therapieempfehlungen 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, Labore, Pathologien, Krebsregister 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.

### Datenübermittlung

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

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

**Ich bin damit einverstanden, dass der bei mir erhobenen 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, im Notfall oder nach dem Tod**.

**Folgenden Angehörigen kann Auskunft gegeben werden:**

Angehörige/r Nr. 1	
Name, Vorname Geb.-Datum	
Verwandtschaftsgrad	
Tel.-Nr.	

Angehörige/r Nr. 2	
Name, Vorname Geb.-Datum	
Verwandtschaftsgrad	
Tel.-Nr.	

**Dieser Einverständniserklärung kann jederzeit widersprochen werden!**

---

Datum und Unterschrift Patient/-in