Medizinisches Versorgungszentrum
des Klinikum Konstanz GmbH
Luisenstr. 7g
78464 Konstanz

MVZ KONSTANZ

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten/
Einsichtnahme und Weitergabe von Daten an die Ärzte des Gesundheitsverbundes

Ich,

_____

Vorname, Name, Geburtsdatum,

erkläre mich einverstanden, dass im Medizinischen Versorgungszentrum des Klinikum Konstanz GmbH meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folge dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass (nicht Zutreffendes ggf. streichen)

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können,
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- mich betreffende Behandlungsdaten aus einem vorangegangenen stationären Aufenthalt in einem Klinikum des Gesundheitsverbundes Landkreis Konstanz gGmbH an das MVZ des Klinikum Konstanz GmbH übermittelt werden dürfen, insbesondere Radiologiebefunde, Laborbefunde und Arztbriefe. Insoweit entbinde ich die mich behandelnden Ärzte des Gesundheitsverbundes Landkreis Konstanz gGmbH ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.
- für den Fall einer <u>weiterführenden stationären Behandlung im Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz gGmbH,</u> mich betreffende und für die Weiterbehandlung relevante Behandlungsdaten, insbesondere ärztliche Dokumentationen, aus dem MVZ des Klinikum Konstanz GmbH an den Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz gGmbH weitergeleitet werden dürfen.
- Ich möchte nicht, dass von folgenden Ärzten/Psychotherapeuten Patientendaten von mir angefordert bzw. an diese weitergeleitet werden:

_____

Name der Praxis, Anschrift

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

<u>Optional:</u>
❑ Zur Verbesserung der Qualität bin ich damit einverstanden, dass mich das MVZ mittels E-Mails (ohne sensible Inhalte - Informationen und Terminerinnerungen) kontaktieren darf.

_____

Ort, Datum Unterschrift des Patienten/Gesetzl. Vertreter