

PATIENTENEINWILLIGUNG PRAXISORGANISATION

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der Ihnen bekannten „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihnen unsere Service-Angebote anbieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung. Diese können Sie uns im Folgenden erteilen:

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit erkläre ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

dass ich damit einverstanden bin, dass die Privatklinik MEINE.Klinik meine Daten für

- ☐ eine Terminbestätigung per SMS/E-Mail nutzen darf

- ☐ einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorge-Untersuchungen („Recall“) per Brief, E-Mail, Fax und Telefon- die Zusendung von Informationsschreiben (Bsp. Weise Zusenden von DMP-Schreiben) per Brief, E-Mail, Fax und Telefon

- ☐ die Übergabe von Rezepten, Überweisungen und sonstigen Verordnung etc. an von mir beauftragte und vorab benannte Dritte * (Verwandte, Nachbar, Apotheke, Pflegedienste, Physio- und Ergotherapie Praxen etc.)

- ☐ die Übermittlung von Befunden (z.B. Laborwerte) per Brief, E-Mail, Fax und Telefon verwenden darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Privatklinik nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Bonn, den _____

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Betreuer) *

*von mir autorisierte Dritte benenne ich wie folgt:

Angehörige: _____

Apotheke: _____

Pflegedienst: _____

Seniorenheim: _____

sonstige: _____

Entbindung von der Schweigepflicht zur Durchführung Labor diagnostischer Untersuchungen von Proben durch die Praxis und das Labor Dr. Wisplinghoff

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Im Rahmen Ihrer Behandlung ist es unter Umständen notwendig, Untersuchungsmaterial (zum Beispiel Blut, Urin, Stuhl) labormedizinisch zu untersuchen. Um solche Untersuchungen auf höchstem Niveau für Sie erbringen zu können, sind die Ärzte unserer Privatklinik Mitglieder der ärztlichen Laborgemeinschaft Köln Süd und/oder der Privatärztlichen Laborgemeinschaft Köln (beide nachfolgend als "Laborgemeinschaft" bezeichnet). Darüber hinaus senden wir das Untersuchungsmaterial auch an einen Standort des Labors Dr. Wisplinghoff mit Hauptsitz in der Horbeller Str. 18 - 20, 50858 Köln. Im Interesse kurzer Wege und Synergieeffekte, die auch Ihnen als Patient zugutekommen, haben die Laborgemeinschaften und das Labor Dr. Wisplinghoff eine Kooperation gebildet, um Transportwege und Untersuchungsschritte zu minimieren. Die Ärzte des Labors Dr. Wisplinghoff unterliegen verständlich ebenso der ärztlichen Schweigepflicht wie wir.

Für alle labormedizinischen Untersuchungen-sei es, dass sie durch die Privatklinik selbst innerhalb einer Laborgemeinschaft oder durch das Labor Dr. Wisplinghoff erbracht werden-müssen Ihre personenbezogenen Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Diese Daten unterliegen dem Schutz des Strafgesetzbuches, des Bundesdatenschutzgesetzes, (ab 25.5.2018) der Datenschutz-Grundverordnung und der ärztlichen Schweigepflicht. Im Einzelnen geschieht folgendes mit Ihren Daten:

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Gesundheitsdaten (Name, Adresse, Behandlungsinformationen und Untersuchungsauftrag) für die Laboruntersuchung durch die Praxis und/oder das Labor Dr. Wisplinghoff, das in seltenen Ausnahmefällen für bestimmte Untersuchungen Unteraufträge an andere medizinische Labor erteilen kann. Entsprechende Untersuchungen sind im Leistungsverzeichnis gekennzeichnet. Sollte dies in ihrem Fall relevant sein, wird dies auf dem Laborbefund vermerkt.

Übermittlung von Gesundheitsdaten an die Laborgemeinschaft und/oder das Labor Dr. Wisplinghoff. Speicherung dieser Daten und der Untersuchungsergebnisse durch die Laborgemeinschaft und/oder das Labor Dr. Wisplinghoff in einer elektronischen Datei auf Servern der Laborgemeinschaft und/oder des Labors Dr. Wisplinghoff. Dieses befinden sich ausschließlich in Deutschland und sind durch mehrfache Zutritt- und Zugangssicherung gegen unbefugte Zugriff von außen geschützt.

Nutzung der übermittelten Daten für die Durchführung der labormedizinischen Untersuchung, Erstellung des labormedizinischen Befundes, gegebenenfalls Weiterleitung an Drittlabor und zur Abrechnungszwecken.

Übermittlung des Befundes vom Labor Dr. Wisplinghoff oder der Laborgemeinschaft an unsere Klinik, wobei die Übermittlungswege technisch gegen Zugriff Dritter gesichert sind.

Wir bitten Sie, durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten sowie zur Beauftragung des medizinischen Labors Dr. Wisplinghoff zu dokumentieren und Ihr Einverständnis zur Ermittlung der bei Ihnen entnommenen Proben sowie der Behandlungsdaten wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger und dazugehörigen Diagnosen zu geben:

Hiermit erteile ich meine Einwilligung und entbinde insoweit mein Arzt/meine Ärztin zugleich von der Schweigepflicht gegenüber dem Labor Dr. Wisplinghoff. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit Mitwirkung für die Zukunft durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen kann.

Bonn, den _____

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Betreuer)*