

Einverständniserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht für die Bearbeitung einer Anfrage am Magdeburger Zentrum für Seltene Erkrankungen (MaZSE)

Lieber Patient/ liebe Patientin!

Für eine zielführende Bearbeitung Ihrer Anfrage ist es notwendig, dass wir Ihre persönlichen Daten, sowie alle uns vorgelegten Dokumente digitalisieren und in unserer Telemedizinakte speichern.

Zugriff auf diese hinterlegten Daten haben die Leitung des MaZSE, die Lotsen, sowie die Koordinatorinnen. Postalisch übermittelte Befunde werden auch nach Digitalisierung zunächst in einer Papierakte aufbewahrt und nach Abschluss der Anfrage dem Datenmüll übergeben. Die in der Telemedizinakte hinterlegten Daten bleiben bestehen.

Um durch interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen ärztlichen Kollegen von kooperierenden Kliniken eine Optimierung der Patientenversorgung zu erzielen, werden besondere Fragestellungen je nach Bedarf im Rahmen von Fallkonferenzen diskutiert. Gegebenenfalls werden wir auch auf externe Expertise von überregionalen oder internationalen Partnern zurückgreifen.

Diese Falldiskussionen-/ konferenzen werden analog oder digital, unter Nutzung des datenschutzrechtlich geprüften Systems Cisco Webex durchgeführt. Im Vordergrund der Diskussion stehen Untersuchungsbefunde. Eine Übermittlung Ihrer persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Adresse) erfolgt in diesem Zusammenhang nicht. Ihre persönlichen Daten werden nur nach Rücksprache mit Ihnen an externe Partner weitergegeben. Erteilte Zugriffsrechte werden in Ihrer Akte hinterlegt.

In Einzelfällen ist es nötig, ergänzende oder detaillierte Untersuchungsbefunde für Sie anzufordern.

Wir bitten um Ihr Einverständnis mit den auf der folgenden Seite genannten Arbeitsabläufen am MaZSE.



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG / ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

1. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine persönlichen Daten, sowie Arztbriefe/Befunde/andere Originaldateien von Untersuchungen (z.B. MRT-Bilder) gespeichert werden. Dies erfolgt ausschließlich für die Fallbearbeitung am MaZSE. Dateneinsicht durch Dritte ist nicht möglich.

Sollte keine Einwilligung erfolgen, ist eine Bearbeitung nicht möglich.

☐ ja

☐ nein

2. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Unterlagen an in die Diagnostik und Behandlung einbezogene externe Ärzte des MaZSE zur Besprechung meiner Erkrankung weitergeleitet werden dürfen.

☐ ja

☐ nein

3. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Krankengeschichte im Rahmen von Fallkonferenzen (analog oder digital* durchgeführt) interdisziplinär mit Ärzten anderer Fachrichtungen, bei Bedarf auch überregional bzw. international mit Ärzten anderer Zentren für seltene Erkrankungen, besprochen wird. (*Digitale Fallkonferenzen werden über das datenschutzrechtlich geprüfte System Cisco Webex durchgeführt.)

☐ ja

☐ nein

4. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass durch das MaZSE weitere Befunde/ Arztbriefe, meine Person betreffend, von meinen behandelnden Ärzten abgefordert werden dürfen.

☐ ja

☐ nein

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit formlos und ohne Angaben von Gründen gegenüber dem MaZSE (Magdeburger Zentrum für Seltene Erkrankungen, Leipziger Str. 44/Haus 10, 39120 Magdeburg, Email: sesa@med.ovgu.de) widerrufen werden. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem er ausgesprochen wird. Der Widerruf hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Mit dem Widerruf wird die Fallbearbeitung am MaZSE abgebrochen.

☐ Ich stimme zu, dass mein überweisender Arzt einen Abschlussbericht erhält.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (ggf. des gesetzlichen Betreuers)

Name, Vorname des ggf. gesetzlichen Betreuers in Druckschrift