Patientenetikett

Einverständniserklärung zur Erteilung von Auskünften

1. Folgende Ärzte sollen einen schriftlichen Bericht (Arztbrief, Befunde) erhalten:

   Hausarzt.....

   Facharzt (Onkologie).....

   Facharzt (sonstiges).....

2. Folgende Personen (z.B. Verwandte, Angehörige) stehen als **Ansprechpartner** zur Verfügung
   Name / Verhältnis / Telefon-Nr.

   .....

   .....

   .....

Filderstadt den, …….. Unterschrift Patient/-in: .....

Sie können diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen!

Bitte füllen Sie auch das Formular auf der Rückseite aus

Wird von Onkologischer Ambulanz ausgefüllt!

Versicherung		**Sonstiges**	
KV	O	**DÜ**	O
PP	O		O
Zusatz stat.	O		

O CA O 1 Bett O 2 Bett

Selbstzahler amb. O

Die Filderklinik

Datenübermittlung zwischen den medizinischen Einrichtungen
bei ambulanten Patienten

Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. § 73 Abs. 1b SGB V

Ich, _____
Name Vorname geboren am

wohnhaft in: _____
Anschrift

bin damit einverstanden, dass das **Krankenhaus** die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen **Hausarzt, Facharzt, einweisenden Arzt oder an medizinische Einrichtungen** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung **übermittelt.**

Ja **[ ]** **Nein** **[ ]** **übermitteln**

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das **Krankenhaus** die bei meinem **Hausarzt, Facharzt, einweisenden Arzt oder medizinischen Einrichtungen** vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, **anfordern** kann.

Ja **[ ]** **Nein** **[ ]** **anfordern**

Mein **Hausarzt/Facharzt** ist:

_____
(Name und Anschrift des **Hausarztes/Facharztes**)

Ihre Einwilligung ist freiwillig.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

_____ _____
(Ort und Datum) (Unterschrift des Patienten)

Zusätzliche Informationen zur Datenweitergabe:

- Entsprechend dem **Landeskrebsregistergesetz** Baden-Württemberg vom 23.02.2016 werden alle Tumorerkrankungen an das Krebsregister BW gemeldet - Informationen dazu erhalten Sie auf der Website des Krebsregisters: (http://www.krebsregister-bw.de)
- Alle Krankenhäuser in Deutschland sind gesetzlich zur Teilnahme an Maßnahmen zur **Qualitätssicherung** verpflichtet. Die Weitergabe von Behandlungsdaten erfolgt pseudonymisiert unter Einhaltung strenger datenschutzrechtlicher Auflagen.
- Von der Filderklinik werden **Auftragsverarbeitungen (**§ 62 BDSG, § 80 SGB X, Art. 28 DSGVO) extern vergeben. Informationen dazu erhalten Sie auf Anfrage beim Datenschutzbeauftragten der Klinik.

Bitte beachten Sie auch die ausführliche AUSLAGE bei der Aufnahme, Ambulanz und auch auf der Internetseite der Filderklinik:
PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ NACH DER EU-DSGVO