

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
<i>Bitte deutlich in Druckschrift schreiben</i>		

Marienhaus MVZ GmbH DATENSCHUTZ - Einwilligungsbogen

Im Folgenden auch MVZ genannt

Hinweise zur Datenverarbeitung:

Im Rahmen Ihrer Behandlung werden personenbezogene Daten und besondere Kategorien personenbezogener Daten wie insbesondere Gesundheitsdaten verarbeitet und können im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen gesetzlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger oder weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte) übermittelt werden. Soweit eine Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht durch Vertrag oder Gesetz gedeckt ist, können Sie entscheiden, wie wir damit umgehen sollen. Im Folgenden möchten wir Sie darüber aufklären bzw. Ihre Einwilligung einholen.

1) Datenübermittlung zwischen Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt und/oder überweisenden Arzt

- Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde **an meinen unten genannten Hausarzt** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.
 Ja Nein
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Versorgungsinteresse an das Krankenhaus oder die Reha-Einrichtung, in der ich weiterbehandelt werde, übermittelt werden.
 Ja Nein
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Versorgungsinteresse an die Einrichtung, die die pflegerische Versorgung übernimmt, oder an Angehörige und sonstige Bezugs-personen übermittelt werden.
 Ja Nein
- Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde **an meinen unten genannten überweisenden Arzt** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.
 Ja Nein
- Ferner bin ich damit einverstanden, dass das MVZ die beim **unten genannten Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde anfordern** kann, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind.
 Ja Nein
- Ferner bin ich damit einverstanden, dass das MVZ die beim genannten **überweisenden Arzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann**, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind.
 Ja Nein

Mein Hausarzt ist:

 (Name und Anschrift des Hausarztes)

Mein überweisender Arzt ist:

 (Name und Anschrift des überweisenden Arztes)

2) Vorbehandlungsdaten

Der Zugriff auf **Vorbehandlungsdaten** wird von den Ärzten des MVZ, welche in Ihre Behandlung eingebunden sind, nur insoweit vorgenommen, wie es für die Behandlung erforderlich ist. Sollten Sie einen Zugriff auf Vorbehandlungsdaten nicht wünschen, so teilen Sie uns Ihren Widerspruch bitte mit.

Widerrufsbelehrung

Ich wurde darüber belehrt, dass ich die erteilten Einwilligungen einzeln oder insgesamt jederzeit durch schriftliche Erklärung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Der Widerruf hat gegenüber dem MVZ zu erfolgen.

Bitte hier unterschreiben

Ort, Datum	Unterschrift des/der Patienten/in
Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer	
Name, Vorname des Vertreters	Anschrift des Vertreters
Unterschrift des Vertreters: _____	

- 3) Ergänzende Patienteninformation zur Datenerhebung** im Rahmen der bundesweiten Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zum Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen - postoperativer Wundinfektionen bei gesetzlich versicherten Patienten, die sich einer Operation in den Fachgebieten Chirurgie/Allgemeinchirurgie, Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Plastische Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie oder Herzchirurgie unterziehen müssen:

Alle Krankenhäuser, Vertragsärzte und Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, Behandlungsdaten ihrer Patientinnen und Patienten für die Qualitätssicherung zu Operationen in den oben genannten Fachgebieten an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und dessen Qualitätsinstitut zu übermitteln.

