

Name:

Geb. Datum:

Straße:

Ort:

## Wichtiger Hinweis und Einverständniserklärung zur Datenübermittlung und -verarbeitung an und durch Dritte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen des von Ihnen bzw. des zu Ihren Gunsten abgeschlossenen Behandlungsvertrages können Daten über Ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erhoben, erfasst, gespeichert, verarbeitet, abgefragt und genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z. B. Kostenträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte, Labore bzw. andere Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge oder Behandlung sowie Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden.

Weitere Hinweise sowie Ihre Rechte als Betroffener entnehmen Sie bitte den „**Informationspflichten gegenüber Patienten im MVZ Klinikum Kempten GmbH**“, die Sie in der Anmeldung einsehen können.

Für einen reibungslosen Ablauf arbeiten wir mit **externen Dienstleistungsunternehmen und Laboren** zusammen. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die entsprechenden Unternehmen und Labore weitergeleitet, die diese als Auftragsverarbeiter zum Zwecke der Erbringung der vorgesehenen Dienstleistung verarbeiten. Eine Übersicht über die derzeit tätigen externen Unternehmen und die vereinbarten Leistungen entnehmen Sie bitte dem **Aufklärungsblatt**, welches Sie in der Anmeldung einsehen können. Welche Daten von Ihnen in welchem Umfang betroffen sind können Sie bei Ihrem behandelnden Arzt erfragen. Die Daten werden dort so lange aufbewahrt wie es für die Erbringung der Leistungen oder aus Dokumentationsgründen erforderlich ist und werden im Anschluss – soweit möglich – gelöscht. Labore haben eine eigene Aufbewahrungspflicht.

Haben Sie Bedenken gegen diese Übermittlung, sprechen Sie uns an. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie im Aufklärungsblatt oder von unserem Personal.

## Einverständnis zum Datenaustausch / Datenübermittlung zwischen Ärzten der MVZ Klinikum Kempten GmbH und dem Hausarzt sowie anderen Ärzten und Einrichtungen (Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO)

- Ich bin damit einverstanden, dass die MVZ Klinikum Kempten GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde **an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt**. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Mein Hausarzt:

\_\_\_\_\_ (Name, Vorname, Anschrift)

- Ferner bin ich damit einverstanden, dass die MVZ Klinikum Kempten GmbH **die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann**. Diese Anforderung ermöglicht es der MVZ Klinikum Kempten GmbH die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation meines Hausarztes zu erhalten. Die MVZ Klinikum Kempten GmbH wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.
- Außerdem willige ich ein, dass die MVZ Klinikum Kempten GmbH **meine Behandlungsdaten und -befunde an vor-, nach-, weiterbehandelnde/n sonstige/n Arzt/Ärzte bzw. an andere Einrichtungen zum Zwecke der (Weiter-)Behandlung übermittelt**. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte der MVZ Klinikum Kempten GmbH insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.
- Weiterhin willige ich ein, dass die MVZ Klinikum Kempten GmbH **meine Daten und Befunde aus Vorbehandlungen von den in der Einverständniserklärung angegebenen Ärzten bzw. anderen Einrichtungen anfordern kann**, sofern das für meine Behandlung erforderlich ist. Ich entbinde meine/n vorbehandelnde/n Ärztin/Arzt von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ersteller:	DSB Brigitte Huchel	Freizeichner:	Betriebsleitung Wolfgang Weinert
formal geprüft:	OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	16.01.2023
Version:	04	MVZKKE_VL Datenübermittlung MVZ KKE.docx, Ausdruck vom 10.01.2023, Seite 1 von 2	

Name:

Geb. Datum:

**Ich erkläre mich damit einverstanden**, dass ein Austausch meiner Daten mit folgenden Ärzten / Einrichtungen erfolgt:

(Vorbehandler) \_\_\_\_\_ (Name, Vorname, Anschrift)

(Nachbehandler) \_\_\_\_\_ (Name, Vorname, Anschrift)

(Mit-/Weiterbehandler) \_\_\_\_\_ (Name, Vorname, Anschrift)

(sonstiger Behandler) \_\_\_\_\_ (Name, Vorname, Anschrift)

(Einrichtung) \_\_\_\_\_ (Name, Vorname, Anschrift)

**Bei Nichteinwilligung kann die Behandlung ggf. erheblich erschwert werden.**

**Ich gebe diese Einwilligung freiwillig ab. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen gegenüber der MVZ Klinikum Kempten GmbH widerrufen werden. Wir weisen darauf hin, dass Ihr Widerruf erst ab dem Zeitpunkt, zu dem uns dieser zugeht gilt. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des **Patienten** / des **Vertreters** mit Vertretungsmacht / des oder der **Sorgeberechtigten**

\_\_\_\_\_  
Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht (Name, Anschrift in Druckbuchstaben)

Ersteller:	DSB Brigitte Huchel	Freizeichner:	Betriebsleitung Wolfgang Weinert
formal geprüft:	OE Jeannine Hsain	Freigabedatum:	16.01.2023
Version:	04	MVZKKE_VL Datenübermittlung MVZ KKE.docx, Ausdruck vom 10.01.2023, Seite 2 von 2	