

Dokumenten ID-Nr.	Vers.	erstellt	geprüft	freigegeben	Seite
F	32	mai	RA Kolb	carl/her	1 von 2
Version 1.0 gültig ab: 17.04.2018, Version 2.3 gültig ab: 21.11.2018, letzte Revision: 20.12.2018					

Einwilligungserklärung zur Weitergabe von Patientendaten an Ärzte und medizinisches Fachpersonal im Zentrum für Strahlentherapie und Radioonkologie Bremen/Westerstede

Im Sinne der Patienten kooperieren die Ärzte der Zentren für Strahlentherapie und Radioonkologie Westerstede und Bremen auch durch einen ständigen fachlichen und konsiliarischen Austausch über einzelne Behandlungssachverhalte für eine optimale Behandlungsqualität. Im Rahmen dieses Austausches kommt es notwendigerweise dazu, dass die Ärzte/Mitarbeiter aus beiden Zentren Kenntnis von medizinischen Daten und Unterlagen der Patientinnen und Patienten des jeweils anderen Zentrums erlangen, obwohl der Patientenstamm jedes Zentrums voneinander getrennt dokumentiert wird. Zudem tauschen sich die Fachärzte beider Zentren zur Aufrechterhaltung und stetigen Weiterentwicklung der Behandlungsqualität regelmäßig konsiliarisch über einzelne Sachverhalte und Umstände einzelner Patientinnen und Patienten aus. Dieser Austausch dient vor allen Dingen dem gemeinsamen Bestreben sämtlicher behandelnder Ärzte, allen Patientinnen und Patienten eine optimale und hochspezialisierte Behandlungsqualität auf dem Gebiet der Strahlentherapie zu bieten, wobei ggf. auch jeweils überweisende bzw. mitbehandelnde Ärzte (auch anderer Fachgebiete) in den Austausch einbezogen werden müssen (siehe gesondertes Formular „*Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden Ärzten*“). Zur weiteren Information liegen in den Wartezimmern eines jeden Zentrums die Patienteninformationen zum Datenschutz aus, welche zusätzlich auch über die Homepages der Zentren jederzeit abrufbar sind. Diese enthalten Informationen zu Umfang und Art Ihrer Daten, der Rechtsgrundlagen der Verarbeitung, der Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Alle handelnden Ärzte und Mitarbeiter der Zentren für Strahlentherapie und Radioonkologie Westerstede und Bremen sind sich ihrer Verantwortung bewusst, dass der Umgang mit und der Schutz von persönlichen Patientendaten sowohl nach den datenschutzrechtlichen Bestimmungen als auch nach dem ärztlichen Berufsrecht mit höchster Sensibilität und strengster Vertraulichkeit zu erfolgen hat.

Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht innerhalb des Zentrums für Strahlentherapie und Radioonkologie Bremen / Westerstede

Mit der Unterzeichnung bzw. Abgabe dieser Erklärung erklären Sie gemäß den vorgenannten Angaben Ihre Einwilligung zur Weitergabe Ihrer medizinischen Daten und Unterlagen zwischen den Zentren für Strahlentherapie und Radioonkologie Bremen und Westerstede zum vorstehend genannten Zweck des ärztlichen konsiliarischen Austausches. Sie erklären ferner, auf die Patienteninformationen zum Datenschutz und deren ständige Verfügbarkeit in den Wartezimmern und als Abruf über die Homepages der Zentren hingewiesen worden zu sein.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Wird sie nicht erteilt, entstehen für Sie keine Nachteile. Allerdings ist in diesem Fall eine qualitativ bestmögliche und effektive medizinische Behandlung unter Einbeziehung des medizinischen Fachwissens aller Fachärzte der Zentren für Strahlentherapie und Radioonkologie Westerstede und Bremen nicht möglich. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Bitte beachten Sie hierbei, dass der Widerruf Ihrer Einwilligung nur für die Zukunft wirkt. Möchten Sie von Ihrem Widerrufs- oder Widerspruchsrecht Gebrauch machen, können Sie den Widerruf oder Widerspruch schriftlich an das jeweilige Zentrum oder per E-Mail (datenschutz@strahlentherapie-bremen.com, datenschutz@strahlentherapie-westerstede.com) an uns richten.

Wichtiger Hinweis zum namentlichen Aufruf aus dem Wartezimmer: In unserem Zentrum sind Sie als Patientin und Patient für uns ein individueller Mensch mit Namen und keine Nummer. Sie werden daher mit Ihrem Nachnamen zur täglichen Bestrahlung aus dem Wartezimmer in die Kabine gerufen. Sollten Sie dieses nicht wollen und wünschen stattdessen den Aufruf über eine Nummer, wenden Sie sich bitte an uns.

Wichtiger Hinweis zur Sicherheitskontrolle per Video und Audioüberwachung in den Behandlungsräumen der Computertomographie und Linearbeschleuniger: Die vorgenannten Geräte dürfen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen und Herstellervorgaben nur betrieben werden, wenn zu jeder Zeit eine Überwachung der Patientin/des Patienten durch das behandelnde Personal erfolgt. Die Überwachung erfolgt in Echtzeit, es werden keine Aufnahmen aufgezeichnet und archiviert. Die Übertragung der Bilder und Töne erfolgt ausschließlich in den dem Behandlungsraum angeschlossenen Schalt-/Überwachungsraum. Dieses Vorgehen dient Ihrer Sicherheit und kann und darf nicht unterlassen werden.

Ich habe die die Einwilligungserklärung und die Erläuterung gelesen, verstanden und erkläre mich hiermit einverstanden.

.....
ggf. Datum, Unterschrift Betreuer/In/Vormundes

.....
Datum, Unterschrift des Patienten

.....
ggf. Datum, Unterschrift Dolmetscher/In

Dokumenten ID-Nr.	Vers.	erstellt	geprüft	freigegeben	Seite
F 32	2.3	mai	RA Kolb	carl/her	2 von 2
Version 1.0 gültig ab: 17.04.2018, Version 2.3 gültig ab: 21.11.2018, letzte Revision: 20.12.2018					

Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligungserklärung zur Weitergabe von Patientendaten an Angehörige / Freunde

Ich wünsche, dass meine medizinischen Daten und Unterlagen der Zentren für Strahlentherapie und Radioonkologie in Bremen und Westerstede an bestimmte Personen meiner Familie und Freunde weitergegeben werden dürfen, wenn diese danach fragen. Telefonische und persönliche Auskünfte dürfen in vollem Umfang erteilt werden an

.....

.....

.....

.....

Um sicher zu stellen, dass diese Informationen nicht unrechtmäßig eingeholt werden, wähle ich ein Erkennungswort, welches telefonisch genannt werden muss. Wird kein Passwort eingeschrieben, werden Auskünfte nur persönlich an o. g. Personen (ggf. unter Vorlage eines Ausweises) vergeben. Mein gewünschtes Erkennungswort lautet:

.....

Diese Einwilligung ist freiwillig. Wird sie nicht erteilt, entstehen für Sie keine Nachteile. Allerdings werden Ihre medizinischen Daten und Unterlagen in diesem Fall bei einer entsprechenden Anfrage nicht an Ihre Angehörigen/Freunde weitergegeben.

Die Einwilligung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Bitte beachten Sie hierbei, dass der Widerruf Ihrer Einwilligung nur für die Zukunft wirkt. Möchten Sie von Ihrem Widerrufs- oder Widerspruchsrecht Gebrauch machen, können Sie den Widerruf oder Widerspruch schriftlich an das jeweilige Zentrum oder per E-Mail unter

datenschutz@strahlentherapie-bremen.com
datenschutz@strahlentherapie-westerstede.com

an uns richten.

Ich habe die die Einwilligungserklärung und die Erläuterung gelesen, verstanden und erkläre mich hiermit einverstanden.

.....
ggf. Datum, Unterschrift Betreuer/In/Vormundes

.....
Datum, Unterschrift des Patienten

.....
ggf. Datum, Unterschrift Dolmetscher/In