Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem nderungsdienst

MVZ_Datenschutz-Einwilligungserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie auf dem Gelände des Universitätsklinikums Bonn (Uniklinikum) begrüßen zu dürfen. Das Uniklinikum hat 2005 zur Gewährleistung einer möglichst umfassenden und optimalen ambulanten Patientenversorgung das Medizinische Versorgungszentrum Venusberg (MVZ) als 100%-Tochter gegründet, in dem Sie sich gerade zur Behandlung befinden.

Das MVZ nutzt zur Leistungserbringung nicht nur die Räumlichkeiten des Uniklinikums, sondern auch dessen technische Ausstattung (Medizingeräte, EDV- und sonstige IT-Infrastruktur) und arbeitet dabei eng mit den nichtärztlichen Mitarbeitern des Uniklinikums im Behandlungsablauf und bei der Bedienung der Geräte zusammen. Diese Kooperation erfordert, dass Ihre patientenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der Behandlung an das Uniklinikum übermittelt werden. Durch technische und organisatorische Maßnahmen wird sichergestellt, dass nur befugte Mitarbeiter des Uniklinikums in die Behandlungsunterlagen und Daten der Patienten des MVZ Einsicht nehmen. Alle zugriffsberechtigten Mitarbeiter des Uniklinikums sind selbstverständlich zur Beachtung des Datengeheimnisses und der Schweigepflicht verpflichtet. Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Optimierung Ihrer Behandlung kann es zudem erforderlich oder medizinisch notwendig sein, dass MVZ und Uniklinikum beim jeweils anderen auf Ihre Gesundheitsdaten Einsicht nehmen.

Nach den geltenden Bestimmungen bedarf es für die Übermittlung der Daten und Einsichtsrechte Ihrer Zustimmung sowie der Entbindung der Ärzte des MVZ von der Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern des Uniklinikums. Um diese bitten wir hiermit höflich. Ohne Ihre Zustimmung ist uns eine Behandlung im MVZ leider nicht möglich. Die Zustimmung ist jederzeit für die Zukunft widerruflich.

- ***Hiermit erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis zur Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten an und durch das Universitätsklinikum Bonn sowie zur Einsichtnahme in ggfls. dort vorhandene Behandlungsunterlagen durch das MVZ.***
- ***Ich habe die obenstehenden Informationen über die Zusammenarbeit des MVZ und des Uniklinikums Bonn zur Kenntnis genommen. Außerdem habe ich die Broschüre „Informationen für Patientinnen und Patienten des Universitätsklinikums Bonn“ erhalten. In diesem Kontext entbinde ich die behandelnden Ärzte des MVZ von der Schweigepflicht gegenüber den systemnutzenden und -bedienenden Mitarbeitern des Universitätsklinikums Bonn.***

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Bonn, den _____ Unterschrift: _____

MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum)