

Einverständniserklärung zur Datennutzung und Datenübermittlung

(gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, DS-GVO)

Name

Adresse

Geburtsdatum



Zentrum für Diabetologie
Bergedorf

Patientenkennwort

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Zentrum für Diabetologie Hamburg Bergedorf (ZfD) meine Patientendaten elektronisch verarbeiten und mit dem überweisenden und/oder dem mitwirkenden Arzt/ Labor/ Pflegedienst/ Pflegeheim austauschen darf, soweit dies für die Diagnostik, Behandlung und Nachsorge erforderlich ist.

Ich willige in die Erstellung, Speicherung und Nutzung von Fotos zum Zwecke der Behandlungsplanung und Wunddokumentation ein, sofern dieses erforderlich ist.

Ich erkläre mich einverstanden, dass das ZfD meine Blutzuckerwerte, Pumpendaten, CGM Werte, zum Zwecke der Behandlung und Dokumentation auslesen, speichern, verarbeiten und nutzen darf.

Wir weisen darauf hin, dass Glucosewerte der Firmen Abbott, Dexcom und Medtronic in einer firmeneigenen Cloud gespeichert werden.

- Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Befunde, Untersuchungsergebnisse etc. per
 - Fax _____
 - Email _____
 - Telefon _____

an mich übermittelt werden dürfen.

Die Aktualität der jeweiligen Rufnummer oder Emailadresse obliegt meiner eigenen Verantwortung. Ebenso habe ich dafür Sorge zu tragen, dass der aktuelle Hausarzt/Pflegedienst der Praxis bekannt ist.

(Hamburg, den)

(Unterschrift des Patienten)

Entbindung von der Schweigepflicht

zwischen dem Zentrum für Diabetologie Hamburg Bergedorf und Patient

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

- Hiermit entbinde ich das Zentrum für Diabetologie Hamburg Bergedorf (ZfD) von der Schweigepflicht.

Ich bitte sie, beauftragten Personen

- Auskünfte über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben
- auf Wunsch Einsicht in die Krankenakten zu ermöglichen
- Rezepte, Befunde und Dokumente auszuhändigen.

Die Auskunftserteilung (auch telefonisch) erfolgt nur, wenn zur Gewährleistung des Datenschutzes, das Patientenkennwort genannt werden kann.

Das Patientenkenwort dient dem Schutz Ihrer persönlichen Daten. Nur so können wir sicherstellen, dass kein Unbefugter in den Besitz Ihrer Unterlagen und Aufzeichnungen gelangt. Bei der Menge unserer Patienten können unsere Mitarbeiterinnen nicht jeden Patienten persönlich kennen, deshalb bitten wir um Ihr Verständnis.

Ihre Einwilligung ist freiwillig.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle eines Widerrufs findet keine weitere Auskunftserteilung oder Datenübermittlung zwischen dem ZfD und Ihren Vor-/Mit- und Weiterbehandlern statt. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, wenn Sie diesen Aussprechen. Er hat keine Rückwirkung.

(Hamburg, den)

(Unterschrift des Patienten)