



Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte Patientin,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) sind wir verpflichtet Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der beiliegenden Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

Da es für die folgenden Empfänger keine gesetzliche Erlaubnis der Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten gibt, benötigen wir Ihr Einverständnis.

Bitte kreuzen Sie die Empfänger an, bei denen Sie der Weitergabe zustimmen:

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten:

- Ihre Frauenärztin, Ihr Frauenarzt, weitere (mitbehandelnde) Ärztin/Arzt:**
Wenn Ihre Frauenärztin/Ihr Frauenarzt und ggf. Ihre mitbehandelnde Ärztin/Arzt einen Befundbericht erhalten soll, tragen Sie hier bitte den Praxisnamen ein:

Frauenärztin/-arzt: _____

Mitbehandelnde Ärztin/Arzt: _____

- mit uns kooperierende Einrichtungen***
- Gemeinschaftspraxis für Anästhesie und Schmerztherapie
 - Institut für Pathologie am Clemenshospital
 - Auftragslaboratorien
 - Zytologie-Labor
 - Hohenzollernklinik GmbH und Co. KG, Hohenzollernring 57, 48145 Münster
 - Stiftung Endometriose Forschung (SEF) – inkl. Patientennachbefragung

*Die genauen Anschriften sind beim Personal in der Anmeldung zu erfragen.

- Tumorkonferenz/Dysplasiekonferenz**
Interdisziplinäre Tumorkonferenz im St. Franziskushospital,
Hohenzollernring 70, 48145 Münster – zertifiziert durch das DKG
Dysplasiekonferenz der „Zentralen Dysplasiesprechstunde Münster“ im UKM,
Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster

- Erstellung und Verwendung von Befundbildern und -videos** zur Dokumentation in Ihrer Patientenakte, sowie zur anonymisierten Nutzung in wissenschaftlichen Arbeiten.

Hiermit entbinde ich _____
Patientenname

die Praxis GYNMÜNSTER von der gesetzlichen Schweigepflicht und erteile GYNMÜNSTER die Vollmacht, die personenbezogenen Gesundheitsdaten für die bei mir durchgeführte Behandlung an die angekreuzten Gesundheitseinrichtungen weiterzuleiten. Diese können auf elektronischem Weg in verschlüsselter Form aus dem Praxisinformationssystem übermittelt werden. Die sonstigen Datenschutzregelungen werden eingehalten.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



GYNMÜNSTER

OPERATIVE GYNÄKOLOGIE

AGE-AUSBILDUNGSZENTRUM FÜR
MINIMAL-INVASIVE CHIRURGIE

DKG-ZERTIFIZIERTE
DYSPLASIE-EINHEIT

SEF-ZERTIFIZIERTE
ENDOMETRIOSE-KLINIK

Dr. med. Jens Quakernack
Dr. med. Gregor Engelke
Dr. med. Ruth Böhnel
Sebastian Bauer

Angestellte Ärzte:
Dr. med. Anne Overbeck
Dr. med. Thomas Haßkamp

Hohenzollernring 57
48145 Münster

Telefon: 0251 - 393024
Telefax: 0251 - 379383

E-Mail: info@gynmuenster.de
www.gynmuenster.de



GYNVELEN

PRAXIS UND KLINIK FÜR
OPERATIVE GYNÄKOLOGIE

DKG-ZERTIFIZIERTE
DYSPLASIE-SPRECHSTUNDE

Dr. med. Sinan W. Koudsi
Jan Christoph van Vlijmen

Angestellte Ärzte:
Dr. med. Annette Noldes
Sarah Heinemann
Dr. med. Martina Oenning
Anne Bludau
Inga Schmeken

Ignatiusstr. 8
46342 Velen

Telefon: 02863 - 2850
Telefax: 02863 - 2674

E-Mail: info@gynvelen.de
www.gynvelen.de

VAAO
**VELENER
ARBEITSKREIS**
AMBULANTES
OPERIEREN
www.vaao.de

Münster, _____
Datum

Unterschrift Patientin /Eltern/Betreuer