

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 ausliegenden Information (Wartezimmer) 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.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Befunde/Berichte:

Ihre Frauenärztin, Ihr Frauenarzt, weitere mitbehandelnde Ärzte wie z.B. Kinderwunsch-Zentrum, Dysplasie Zentrum, Hausarzt

Frauenärztin/-arzt: _____

Mitbehandelnde Ärzte/Kinderwunschzentrum: _____

Kooperierende Einrichtungen*

- Gemeinschaftspraxis für Anästhesie und Schmerztherapie
- Institut für Pathologie am Clemenshospital
- Auftragslaboratorien / Zytologie-Labor
- Hohenzollernklinik GmbH und Co. KG
- Endometriose Netzwerk – inkl. Patientennachbefragung

Tumorkonferenz/Dysplasiekonferenz/Endometriosekonferenz*

- Interdisziplinäre Tumorkonferenz im St. Franziskushospital Münster (GYN Krebszentrum)
- Interdisziplinäre Endometriosekonferenz Clemenshospital Münster
- Dysplasiekonferenz der „Zentralen Dysplasiesprechstunde Münster“ im UKM

**Die genauen Anschriften sind beim Personal in der Anmeldung zu erfragen und auch auf unserer Homepage hinterlegt.*

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

Einwilligung zu Terminerinnerungen (Terminverwaltung) per SMS und/oder E-Mail mittels Doctolib GmbH (Kalendersystem), um Terminausfälle zu vermeiden.

Einwilligung zur Nachbefragung nach Operation per E-Mail zur Qualitätssicherung und Studienzwecken mittels Vilendo GmbH

Hiermit entbinde ich: _____ **(Patientenname)**

die Praxis GYMNÜSTER von der gesetzlichen Schweigepflicht und erteile GYMNÜSTER die Vollmacht, die personenbezogenen Gesundheitsdaten für die bei mir durchgeführte Behandlung an die angegebenen 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.

Münster, _____
Datum

Unterschrift Patientin/Eltern/Betreuer