

Einwilligung in Datenübermittlung / Auskunftserteilung / Entbindung von der Schweigepflicht

Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten nach § 10 KDG im Rahmen des § 39 Abs. 1 SGB V

Patient/in:

Name, Vorname, Geb.-Datum:

befindet sich zurzeit im

☐ MVZ Strahlentherapie

in ärztlicher Behandlung.

☐ Marien Hospital Düsseldorf

Zur weiteren Behandlung benötigen wir Befunde/Arztbriefe/Laborbefunde des o.g. Patienten.

Ich entbinde die Ärzte / Praxis / Krankenhaus (bitte benennen):

von der Schweigepflicht und den Einschränkungen der Datenschutzbestimmungen. Ich bin mit der Erteilung Auskünfte und der Übermittlung von Daten im erforderlichen Umfang einverstanden.

Das Informationsblatt „Informationen zur Datenverarbeitung für amb. Patienten“ ist mir ausgehändigt worden.

In unserer digitalen Patientenakte möchten wir aus Sicherheitsgründen ein Foto von Ihnen aufnehmen.

Die gesetzliche Grundlage:

„§ 22 Kunsturhebergesetz (KunstUrhG) **Auszug:** Recht am eigenen Bilde

„Bildnisse dürfen nur mit Einwilligung des Abgebildeten verbreitet oder öffentlich zur Schau gestellt werden...“. Das sind Texte, Bilder, Video- und/oder Tonaufzeichnungen. Gleichgültig, ob analog oder digital.“

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass ein Bild meiner Person, welches durch die Klinik für Strahlentherapie aufgenommen wird, zur Identifizierung innerhalb der Klinik benutzt wird. Eine weitere Verwendung jeglicher Art ist ausgeschlossen. Zu jeder weiteren Veröffentlichung muss ich schriftlich mein Einverständnis erklären.

☐ ja

☐ nein

Die Angaben und Erklärungen sind freiwillig.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden:

Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf gGmbH, c/o St. Vinzenz-Krankenhaus, Datenschutz,
Schloßstr. 85, 40477 Düsseldorf

Düsseldorf,

Unterschrift Patient/in

