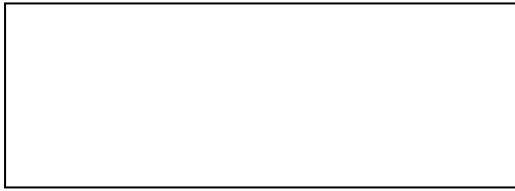


Hinweise und Einverständniserklärungen zur Datenübermittlung und –verarbeitung an und durch Dritte



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung in der Sana Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH können Daten über Ihre Person, Ihren sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erhoben, erfasst, gespeichert, verarbeitet, abgefragt und genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte übermittelt werden. Weitere Hinweise sowie Ihre Rechte als Betroffener entnehmen Sie bitte dem Hinweisblatt **„Informationspflichten bei der Erhebung personenbezogener Daten“**, die Sie hier einsehen können.

Für einen reibungslosen Ablauf arbeiten wir mit externen Dienstleistungsunternehmen und Laboren zusammen. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die entsprechenden Unternehmen und Labore weitergeleitet, die diese u.a. als Auftragsverarbeiter zum Zweck der Erbringung der vorgesehenen Dienstleistungen verarbeiten. Eine Übersicht über die derzeit tätigen externen Unternehmen und die vereinbarten Leistungen entnehmen Sie bitte dem **„Aufklärungsblatt zur Datenübermittlung“**, welches Sie hier einsehen können. Welche Daten von Ihnen in welchem Umfang betroffen sind, können Sie bei Ihrem behandelnden Arzt erfragen. Die Daten werden dort so lange aufbewahrt wie es für die Erbringung der Leistungen oder aus Dokumentationsgründen erforderlich ist und werden im Anschluss – soweit möglich – gelöscht. Labore haben eine eigene Aufbewahrungspflicht.

Verwendbar für gesetzlich und privat (zusatz-)krankenversicherte Patienten

**Datenübermittlung zwischen dem MVZ und
Hausärzten / sonstigen Vor- / Nach- / Weiterbehandlern**
(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a, Art. 9 Abs. 2a DS-GVO)

Ich bin damit einverstanden, dass die Sana Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH die bei

(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, **anfordern** kann. Ich entbinde diese/diesen Ärztin/Arzt von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht. Die Sana Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die Sana Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und -befunde an meinen Hausarzt / sonstigen Vor- / Nach- / Weiterbehandler **übermittelt**. Dabei dient insbesondere die Übermittlung an den Hausarzt der Erstellung und Vervollständigung einer von diesem durchzuführenden zentralen Dokumentation sowie ggf. zur weiteren Behandlung. Meine Einwilligung gilt unabhängig davon, ob meine Weiterbehandlung direkt im Anschluss an die Behandlung in der Sana Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH von meinem Hausarzt / sonstigen Arzt / Behandler übernommen wird. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte der Sana Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.

(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

Ich gebe diese Einwilligung freiwillig ab. Eine Nichteinwilligung kann möglicherweise zu Nachteilen bei der aktuellen oder einer künftigen Behandlung führen, wenn behandlungsrelevante Daten nicht vorliegen.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden und ist an die Sana Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH zu richten. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und der Sana Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH statt. Wir weisen darauf hin, dass Ihr Widerruf erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser der Sana Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH zugeht, gilt. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datum, Unterschrift des/der Patient(en)/in / bzw. Vertreters mit Vertretungsmacht

Ich wünsche, dass **folgende Personen** Auskünfte über meine Person im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung erhalten können:

[Name, Vorname]: _____

[Name, Vorname:] _____

Ich bin schließlich damit einverstanden, dass die Sana Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH meine Postadresse / E-Mail-Adresse / Telefonnummer für Patientinformationen sowie das Recall-System (Terminerinnerungen) verwenden darf.

Ich gebe diese Einwilligung freiwillig ab.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden und ist an die Sana Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH zu richten. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenverarbeitung statt. Wir weisen darauf hin, dass Ihr Widerruf erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser der Sana Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH zugeht, gilt. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datum, Unterschrift des/der Patient(en)/in / bzw. Vertreters mit Vertretungsmacht