Medizinisches Versorgungszentrum
Gesundheits Campus Wesel

Einwilligung zur ärztlichen Videofallkonferenz

Patienteninformation und Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Worum geht es?

Meine behandelnde Ärztin / mein behandelnder Arzt möchte meine medizinische Fragestellung in der hämatologisch-onkologischen Videofallkonferenz des MVZ Hämatologie und Onkologie am Gesundheitscampus Wesel besprechen. Ziel ist eine kollegiale Empfehlung zu Diagnostik, Behandlung oder weiterer Vorstellung.

Wer nimmt teil und welche Daten werden verwendet?

An der geschlossenen Videokonferenz nehmen angemeldete Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Praxen sowie dem MVZ teil. Darunter können auch Ärztinnen und Ärzte sein, die mich bisher nicht behandeln. Für die Beratung können mein Name, Geburtsdatum, relevante Diagnosen, Beschwerden, Laborwerte, Bildgebung und weitere erforderliche Befunde genannt bzw. gezeigt werden. Die Unterlagen werden durch meine anmeldende Praxis über KIM übermittelt. Die Konferenz wird nicht aufgezeichnet.

Freiwilligkeit und Widerruf

Meine Einwilligung ist freiwillig. Wenn ich nicht einwillige, entstehen mir daraus keine Nachteile für meine medizinische Versorgung; die Fallvorstellung in dieser Konferenz unterbleibt. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meiner anmeldenden Praxis widerrufen. Eine bis dahin rechtmäßig erfolgte Verarbeitung bleibt davon unberührt.

Meine Einwilligung

☐ Ich willige ausdrücklich ein, dass meine anmeldende Praxis die für die Fallbesprechung erforderlichen personenbezogenen Gesundheitsdaten an das MVZ Hämatologie und Onkologie übermittelt und diese in der beschriebenen ärztlichen Videofallkonferenz auch gegenüber teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten anderer Praxen offengelegt und besprochen werden dürfen (Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO). Insoweit entbinde ich die beteiligten behandelnden Ärztinnen und Ärzte ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

Datenschutzinformationen

Verantwortlich für die jeweilige Verarbeitung sind die anmeldende Praxis und das MVZ im Rahmen ihrer jeweiligen Aufgaben. Weitere Informationen, insbesondere zu Kontaktdaten der Verantwortlichen und Datenschutzbeauftragten, Empfängern, Speicherdauer, Betroffenenrechten und einer möglichen Datenverarbeitung durch den Videodienst, erhalte ich in den ergänzenden Datenschutzhinweisen der beteiligten Einrichtungen. Diese wurden mir vor der Unterschrift zur Verfügung gestellt.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

Bei Vertretung: Name / Vertretungsberechtigung: _____

Organisatorischer Hinweis: Die unterschriebene Erklärung verbleibt in der anmeldenden Praxis. Im Anmeldeformular wird das Vorliegen bestätigt.