

Pat. Name:

Geb. Dat.:

Datum:

Hamburgisches Krebsregister

Wir sind gesetzlich zur Meldung bei Krebs-Erstdiagnose und bei weiteren Meldeanlässen innerhalb von 2 Monaten verpflichtet, soweit sie der Meldung nicht widersprechen. Der Widerruf bedarf der Schriftform. Sie können der Meldung ihrer personenbezogenen Daten oder des gesamten Datensatzes widersprechen, widersprechen Sie bitte bei uns stets in schriftlicher Form. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte dem stets aktuellen Aushang in unserem Wartezimmer.

Aufbewahrungs- und Weitergabepflichten

Gesetzlichen Pflichten zur Aufbewahrung von Behandlungsunterlagen und gesetzlichen berufsrechtlichen bzw. kassenarztrechtlichen Pflichten zur Weitergabe Ihrer Daten können sie nicht widersprechen.

Organisatorischer und technischer Datenschutz

PD Dr. Boris Brand ist verantwortlich für den Datenschutz in unserer Praxis. Unsere Praxis verfügt über eine interne Regelung zum Datenschutz entsprechend aktueller Gesetzgebung. Durch organisatorische, räumliche, mechanische und digitale (insbes. Firewall, Virenschutzprogramm) Maßnahmen stellen wir den Schutz Ihrer Daten sicher. Für die medizinische Dokumentation und die Kommunikation medizinischer Sachverhalte verwenden wir ausschließlich zertifizierte und datengesicherte bzw. verschlüsselte Anwendungen (Praxisprogramm, Terminplaner, Kommunikationsprogramme etc.). Bitte beachten Sie, dass nicht zertifizierte Kommunikations-Anwendungen wie E-Mail, Whats App etc. nicht datensicher und somit für die Kommunikation medizinischer/ vertraulicher Informationen ungeeignet sind. Die Portabilität Ihrer Daten in einem maschinenlesbaren Format (§20 EU DSGVO) stellen wir durch Bereitstellung Ihrer Daten mittels zertifizierter datensicherer Anwendungen (z.B. Lifetime-App) sicher.

Die gesetzlichen Anforderungen an die Einwilligung zur Datenverarbeitung/Weitergabe wurden aktuell verschärft. Dies führt im medizinischen Kontext im Einzelfall leider zum Zielkonflikt zwischen Datenschutz und Behandlungssicherheit/Behandlungsqualität. Wir halten zuverlässige Kommunikationsstandards für unverzichtbar zur Sicherstellung einer optimalen Patientensicherheit und Behandlungsqualität. Im Rahmen unseres Qualitätsmanagements haben wir für Sie ein Recall-, Unterlagenweiterleitungs- und Patienteninformationssystem entwickelt. Hierzu sind nun individuelle Einwilligungserklärungen notwendig. Soweit Sie einzelnen oder allen Einwilligungen widersprechen sollten, können sich Beeinträchtigungen bei der Sicherheit und Qualität Ihrer Behandlung ergeben, für die wir keine Haftung übernehmen. Bitte erteilen sie alle Einwilligungen. Aus unserer Sicht fehlt bei unvollständigen Einwilligungen die Basis für eine tragfähige therapeutische Beziehung, wir sind dann nur zur Notfallbehandlung verpflichtet.

Terminmanagement- & Recall-System

Für die zeitnahe Kommunikation über Terminänderungen, Terminerinnerungen und andere Sachverhalte im Behandlungskontext nutzen wir neben Brief und Telefon datenschutzkonform auch digitale Kanäle, soweit dies datenschutz-konform möglich sind.

Nutzung hier bereits erfasster persönlicher Daten (inkl. Datenweiterleitung)

Zum 01.07.2023 wird das internistische Gastroenterologikum in Trägerschaft des MVZ ifi-Institut weiter betrieben. Im Zusammenhang mit dem Betreiberwechsel bitte wir um Ihre Einwilligung zur weiteren Verwendung bereits über Sie erfasster personenbezogener und medizinischer Daten dieser Praxis vor Ort sowie im ifi-Institut. Ihre Befunde und personenbezogenen medizinische Unterlagen tauschen (empfangen/sendern) wir im Behandlungsfall mit den von Ihnen angegebenen weiterbehandelnden Ärzten bzw. Behandlern, bzw. bei Krankenhauseinweisung mit dem jeweiligen Krankenhaus aus. Wir sind derzeit als Konsiliarärzte im Marienkrankenhaus tätig und kooperieren mit der Ernährungswissenschaftlerin, Frau Dipl. oec.-troph. Kirsten Malluvius, im Rahmen einer ärztlich begleiteten Ernährungsberatung. Wir arbeiten mit dem AescuLabor Hamburg GmbH, Haferweg 36, 22769 Hamburg im Amedes-Verband zusammen. Hiermit erklären sie sich einverstanden, dass die Praxis sowohl Probenmaterial als auch alle erforderlichen Daten (z.B. Name, Alter, Adresse, Versicherungsart, notwendige Angaben zur Grunderkrankung, Vorbefunde) an das Labor weitergeben darf. Zur Durchführung von Spezialanalysen kann Ihr Blut bzw. andere Körpermaterialien sowie notwendige Daten zu Ihrer Person an andere akkreditierte Auftragslabore weiter gegeben werden, die ebenfalls allen gesetzlichen Vorgaben zu Schweigepflicht/Datenschutz unterliegen.

Wir tauschen (empfangen/sendern) im Behandlungsfall Unterlagen ggf. nur per verifiziertem Fax, Post oder über datenschutz-konforme digitale Plattform aus. Die Praxis garantiert nicht für das Gelingen von Recall bzw. Unterlagenweiterleitung.

Einwilligung gemäß Datenschutz

☐ **Ja! Ich stimme der Nutzung meiner bisherigen & künftigen Daten wie oben angegeben zu!**

[Die Einwilligung kann grundsätzlich jederzeit widerrufen werden, der Widerruf bedarf der Schriftform.]

☐ **Nein! Ich erteile keine Einwilligung zur Datennutzung wie angegeben.**

[Keine reguläre Behandlung in dieser Praxis möglich, Arztkontakt nur, falls ein unaufschiebbarer medizinischer Notfall vorliegt.]

Hamburg, «DTM1» **X**.....

Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r bzw. Bevollmächtigte/r

ePA (elektronische Patientenakte) für GKV-Patienten

Wir sind gesetzlich verpflichtet, unsere e-Rezepte, e-Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und unsere Befundberichte in Ihre ePA hochzuladen (Normalbefunde des Labors technisch verzögert – idR. erst im Rahmen eines Folgetermins), soweit Sie nicht aktiv widersprechen oder die Löschung Ihrer ePA bei Ihrer gesetzlichen Krankenkasse veranlasst haben.

Sie können über eine App auf dem Smartphone jederzeit auf Ihre ePA zugreifen, hierfür benötigen Sie eine PIN (die Sie bei Ihrer Krankenkasse beantragen müssen). Mit dem Einlesen Ihrer Versichertenkarte in unserer Praxis haben wir in der Grundeinstellung 3 Monate Zugriff auf Ihre ePA, um Daten abzurufen oder hochzuladen. Sie können die Zugriffsrechte auf der App verwalten.

Der Gesetzgeber sieht vor, dass Sie **bei Angaben zu psychischen Krankheitsbildern, genetischen Testergebnissen, sexuell übertragbaren Krankheiten oder Schwangerschaftsabbrüchen explizit gefragt werden müssen**, ob Sie der Übertragung der Daten in die ePA zustimmen. Da in unseren Dokumentationen mehrheitlich die o.g. Themenbereiche zur Sprache kommen und insbesondere psychosomatische Aspekte eine große Rolle im Verdauungstrakt spielen, sollten Sie jetzt einmal grundsätzlich entscheiden, ob Sie - wie von uns empfohlen - der Befüllung der ePA ohne Einschränkung zustimmen wollen.

Sie haben 2 Optionen:

Einwilligung zur Befüllung meiner ePA

☐ **Ja! Ich wünsche die Befüllung meiner ePA durch die Praxis mit allen künftigen Daten.**

[=nach meiner Einschätzung **überwiegt der Nutzen der ePA das Datenschutzrisiko**. Ich wünsche die Befüllung der ePA durch die Praxis. Hiermit verzichte Ich gegenüber der Praxis insbesondere auf einen Widerspruch zur Befüllung mit Daten, die sich auf psychische Krankheitsbilder, sexuell übertragbare Krankheiten, Schwangerschaftsabbrüche oder genetische Testergebnisse beziehen. [Soweit Sie sich künftig anders entscheiden, so raten wir Ihnen zur nachträglichen Löschung der ePA.

[Die Einwilligung kann grundsätzlich jederzeit widerrufen werden, der Widerruf bedarf der Schriftform.]

☐ **Nein! Ich veranlasse selbst die Löschung meiner ePA über meiner Krankenkasse.**

[=nach meiner Einschätzung **überwiegt das Datenschutzrisiko den Nutzen der ePA**. Ich stelle die Löschung meiner ePA selbst sicher, so dass keine Hochladung in meine ePA erfolgen kann. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Aktivierung der ePA zu einem späteren Zeitpunkt zum Befüllen der ePA führt wird, wie bei „JA“ angegeben, soweit die Praxis dann nicht schriftlich anderslautend beauftragt wird.]

Der Gesetzgeber sieht grundsätzlich vor, dass Sie der Übermittlung von Daten in Ihre ePA durch die Praxis

- **komplett widersprechen können, oder auch**

- **nur der Übermittlung von sensiblen Daten widersprechen können (dies sind: psychische Krankheitsbilder, sexuell übertragbare Krankheiten, Schwangerschaftsabbrüche oder genetische Testergebnisse)**

Wir halten allerdings solche Wünsche für unvereinbar mit unserem Behandlungsangebot bzw. dem Diagnosespektrum unserer Patientenklientel und den Abläufen unserer Praxis.

Klären Sie diesen Konflikt bitte vor Beginn der Behandlung persönlich mit dem behandelnden Arzt unserer Praxis!

Aus unserer Sicht wäre es in diesem Fall sinnvoll, „NEIN“ anzukreuzen und die ePA bei der Krankenkasse löschen zu lassen, da eine unvollständige Datenbasis erhebl. Gesundheitsrisiken verursacht und die ePA für uns Ärzte wertlos macht.

Hamburg, «DTM1» X.....

Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r bzw. Bevollmächtigte/r

Gender Disclaimer

Wir bemühen uns stets um Ausgleich folgender Ziele:

A) Text-Verständlichkeit mit Rücksichtnahme auf unser internationales Publikum, mit eventuellen Sprachbarrieren,

B) bevorzugte Ansprache beider biologischer Geschlechter oder Nutzung der generischen Grundform (z.B. Fachkraft,), die sich im Deutschen auf alle Geschlechter bezieht. Alle unsere Ansprachen beziehen sich immer zugleich auf weibliche, männliche und diverse Personen. Wir respektieren und wertschätzen alle individuellen Besonderheiten als Teil unserer Gesellschaft, machen uns allerdings aggressiv sprachpolizeiliche und selbstverachtende bzw. nicht-inklusive Tendenzen der VOKE-Kultur nicht zu Eigen.