



GYNVELEN · GYMNÜNSTER

PRAXIS UND KLINIK FÜR OPERATIVE GYNÄKOLOGIE

Dr. med. S. W. Koudsi · J. C. van Vlijmen

Dr. med. A. Noldes · S. Heinemann · Dr. med. M. Oenning · A. Bludau · I. Schmeken

Fachärzte für Frauenheilkunde – ambulante und kurzstationäre Operationen

Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der beiliegenden Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

Da es für die u. g. Empfänger keine gesetzliche Erlaubnis der Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten gibt, benötigen wir Ihr Einverständnis.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten:

Wenn Ihr **mitbehandelnder Arzt/Ärztin und ggf. Ihr zuweisender Frauenarzt/Frauenärztin** einen Befundbericht erhalten soll, tragen Sie hier bitte den Praxisnamen ein:

Zuweiserin/Zuweiser (Frauenarzt): _____

Mitbehandelnde/r Ärztin/Arzt (**Hausarzt**): _____

mit uns kooperierende Einrichtungen*

- Privatklinik Velen GbR, Ignatiusstr. 12, 46342 Velen
- Anästhesiepraxis Erich Robert, Ignatiusstr. 8, 46342 Velen
- Institut für Pathologie am Clemenshospital
- Auftragslaboratorien
- Zytologielabor
- Landeskrebsregister NRW

*Die genauen Anschriften sind an der Anmeldung zu erfragen.

Tumorkonferenz/Dysplasiekonferenz

Interdisziplinäre Tumorkonferenz im St. Franziskushospital, Hohenzollernring 70, 48145 Münster – zertifiziert durch das DKG

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

Doctolib zur Terminvereinbarung und Terminerinnerung.

Aufbewahrung

Ich bin mit der Aufbewahrung über die gesetzliche Mindestaufbewahrung hinaus einverstanden.

Hiermit entbinde ich (**Patientenname**) _____

die Praxis GYNVELEN von der gesetzlichen Schweigepflicht und erteile GYNVELEN die Vollmacht, die personenbezogenen Gesundheitsdaten für die bei mir durchgeführte Behandlung an die o.g. Gesundheitseinrichtungen weiterzuleiten. 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.

Velen, _____
Datum

Patienten Unterschrift/Eltern/Betreuer