

Einwilligungserklärung

zur Speicherung, Übermittlung und Einholung von Patientendaten, zum Datenaustausch (MVZ – Uniklinik Köln) sowie Terminerinnerungen von Doctolib

☐ Patient/in ☐ Vertreter/in ☐ Gesetzliche/r Bevollmächtigte/r (zutreffendes bitte ankreuzen)

Nachname:

Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail:

1. Speicherung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Hierfür ist es erforderlich, personenbezogene und medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten und zu speichern. Die Datenverarbeitung und -speicherung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben und ist Voraussetzung für Ihre ärztliche Behandlung und Beratung.

Detaillierte Informationen entnehmen Sie bitte dem ausliegenden Flyer „Patienteninformation zur EU-Datenschutzgrundverordnung“. Diesen erhalten Sie auf Wunsch auch an den Anmeldungen.

2. Datenaustausch (MVZ – Uniklinik Köln)

- ☐ Ich willige ein, dass die MVZ des Universitätsklinikums Köln gGmbH, Joseph-Stelzmann-Str. 24, 50931 Köln, mit dem Universitätsklinikum Köln (AöR), Kerpener Str. 62, 50937 Köln, Behandlungsdaten austauschen darf. Informationen hierzu habe ich der mir zur Verfügung gestellten „Patienteninformation“ (V2|14.07.2023) entnommen.
- ☐ Ich willige **nicht** ein, dass die MVZ des Universitätsklinikums Köln gGmbH, Joseph-Stelzmann-Str. 24, 50931 Köln, mit dem Universitätsklinikum Köln (AöR), Kerpener Str. 62, 50937 Köln, Behandlungsdaten austauscht darf. Informationen hierzu habe ich der mir zur Verfügung gestellten „Patienteninformation“ (V2|14.07.2023) entnommen.

3. Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Für Ihre Behandlung kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer (z.B. externe Labore) außerhalb des MVZ übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie der MVZ des Universitätsklinikums Köln gGmbH, Joseph-Stelzmann-Str. 24, 50931 Köln die hierfür erforderliche Einwilligung.

- ☐ Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- ☐ Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

(Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen)

- ☐ Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer, die nicht dem MVZ angehören, übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

4. Doctolib – Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS und/oder E-Mail

Informationen hierzu habe ich der mir zur Verfügung gestellten „Patienteninformation“ (V2|14.07.2023) entnommen.

- ☐ Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten.
- ☐ Nein, ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

5. Meine Rechte

Ich habe das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, ein Widerrufsrecht gegen die weitere Verarbeitung, das Recht auf Datenübertragbarkeit und ein Beschwerderecht gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde. Die Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestraße 2-4
40213 Düsseldorf

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO durch Erklärung gegenüber dem Datenschutzbeauftragten der Uniklinik Köln ohne Angaben von Gründen schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf entstehen mir keine Nachteile.

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten: datenschutz-mvz@uk-koeln.de

Ort, Datum

Unterschrift