

Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung und Vorstellung im Universitären Leberzentrum Hamburg

Sehr geehrte Patient:in,

Ihre behandelnde Ärzt:in hat im Rahmen Ihrer Behandlung Kontakt mit dem Universitären Leberzentrum aufgenommen. Ziel des Universitären Leberzentrums Hamburg ist es, für Sie auf Basis neuester medizinischer Erkenntnisse die beste Empfehlung im Hinblick auf Diagnose und Therapie zu treffen. Dafür arbeiten verschiedene Fachdisziplinen z. B. der Inneren Medizin, Chirurgie, Radiologie, Onkologie etc. eng zusammen. Täglich treffen sich in diesem Zusammenhang Expert:innen für Lebererkrankungen in einem Board (Konferenz), um hier vorgestellte Fälle zu besprechen und eine Empfehlung zum weiteren Vorgehen zu formulieren. Selbstverständlich unterliegen alle Teilnehmer:innen des Leberzentrums der Schweigepflicht. Damit die Teilnehmer:innen des Boards die notwendigen Informationen über die Anamnese sowie relevante medizinische Befunde einsehen und ihre Empfehlungen dokumentieren können, ist Ihre Zustimmung erforderlich.

Sie bezieht sich

- auf die Kontaktaufnahme und Übermittlung der erforderlichen Krankheitsdaten an Ihre behandelnden Ärzt:in an das Universitäre Leberzentrum Hamburg am UKE
- die Speicherung dieser Informationen in einer elektronischen Patient:innenakte des UKE
- die interdisziplinäre Befundbesprechung im Leberzentrums-Board vor Fachpersonal

Die Vorstellung der Patient:innen erfolgt namensbezogen. Auch wenn Sie keine Patient:in einer UKE-Klinik sein sollten, wird eine elektronische Patientinnenakte angelegt, in der die Daten verarbeitet und gespeichert werden. Die ärztlichen Teilnehmer:innen des Boards, Ihre behandelnden Ärzt:innen sowie medizinisches Fachpersonal können in diese Daten Einsicht nehmen, sofern dies im Rahmen Ihrer Behandlung erforderlich ist.

Einwilligungserklärung für die Vorstellung im Universitären Leberzentrum Hamburg

Ich wurde durch meine behandelnde Ärzt:in darüber aufgeklärt und bin damit einverstanden, dass dem Universitären Leberzentrum Hamburg am UKE meine medizinischen, sozialen und persönlichen Daten namensbezogen übermittelt werden, soweit dies zur Einholung einer Therapieempfehlung durch das Board erforderlich ist. Hierfür entbinde ich meine behandelnde Ärzt:in von der ärztlichen Schweigepflicht. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass meine o. g. Daten in einer elektronischen Akte des UKE angelegt und gespeichert werden.

Ich kann die Einwilligung jederzeit ohne Nachteile für meine Behandlung widerrufen.

Name der Patient:in _____

Hamburg, den _____

Unterschrift Patient:in

Fax: 040-7410-49555

E-Mail bitte an:

leberzentrum@uke.de

Freigabevermerk: Dr. P. Hübener / Dr. A. Heumann
Ärztliche Leitung des Universitären Leberzentrums Hamburg