

Einwilligung in den Informationsaustausch mit Ihren Behandelnden für das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Liebe Patientin, lieber Patient,

eine gute Behandlung, einschließlich der Nachbehandlung, setzt umfassende Kenntnis Ihrer Krankheitsgeschichte und Ihres Behandlungsverlaufs voraus. Diese Informationen können bei Ihren niedergelassenen Haus- oder Fachärztinnen und -ärzten, Kliniken oder sonstigen betreuenden Einrichtungen (im Folgenden gemeinsam „Behandelnde“ genannt) oder uns sein.

Daher wollen wir mit Ihren Behandelnden, die sie an uns ein- oder überwiesen haben oder die von Ihnen benannt wurden, Informationen über Ihre Krankheitsgeschichte und Ihren Behandlungsverlauf austauschen. Das macht meistens den Austausch von Unterlagen aus Ihrer Behandlung (z.B. Arztbriefe, Befunde, OP-Berichte, Laborergebnisse oder Bilder) einschließlich Ihrer darin enthaltenen Gesundheitsdaten zwischen uns erforderlich.

Patientendaten
.....
Name, Vorname/n (in Druckbuchstaben)
.....
Geburtsdatum

Hausarzt
.....
.....
Anschrift

Wir bitten Sie daher um Ihre Einwilligung, ohne die wir diesen Austausch nicht vornehmen werden:

Ich bin damit einverstanden, dass die ein- und überweisenden oder von mir benannten Behandelnden zum Zwecke meiner Behandlung behandlungsrelevante Informationen über mich (einschließlich der darin enthaltenen Gesundheitsdaten) mit dem UKE austauschen dürfen.

Zusätzlich soll dies auch für meine zukünftigen Behandlungen gelten, so dass sie nicht erneut eingeholt werden müssen. Ich kann jederzeit durch Erklärung uns gegenüber wieder zur Einwilligung im Einzelfall übergehen.

Für den Zweck der von mir vorstehend erteilten Einwilligungen entbinde ich damit auch meine Behandelnden sowie die Beschäftigten des UKE, insbesondere die Ärztinnen und Ärzte und ihre Gehilfen, von Ihrer Schweigepflicht.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung und/oder Dauer-Einwilligung ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung können Sie an das Zentrale Patientensteuerung (ZPS) richten, z. B. per E-Mail (zps-aufnahme@uke.de) erreichbar. Bis zu Ihrem Widerruf erfolgte Verarbeitungen und Übermittlungen bleiben zulässig.

Hamburg, _____

Ggf. Vertreter/in (z.B. Sorgeberechtigte/r, Betreuer/in, Bevollmächtigte/r)

V03 | 10/2024
ZUSÄTZLICHE EINWILLIGUNG