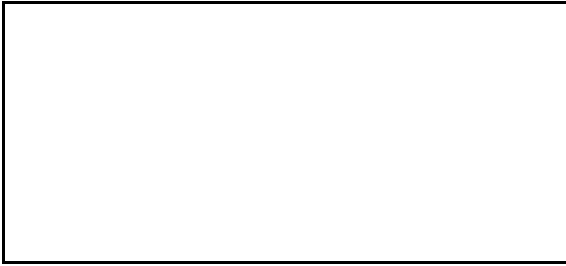


Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Einwilligung in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten



Patientenaufkleber



-Praxisstempel-

Wir, das o.g. MVZ/ die o.g. Praxis sind Teil der augenärztlichen Unternehmensgruppe der Ober Scharrer GmbH (OSG) mit Sitz in Fürth (Bay). Im Rahmen Ihrer Behandlung kann es notwendig sein, dass wir uns mit anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen (z.B. Kliniken, Apotheken etc.) zu Ihrer Person austauschen müssen, damit eine qualitativ hochwertige Behandlung gewährleistet werden kann. Da in diesem Rahmen eine Übermittlung bzw. ein Austausch Ihrer personenbezogenen Daten **einschließlich Gesundheitsdaten** (die Ihre Behandlung betreffen) stattfindet, benötigen wir hierfür Ihre Einwilligung und die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht. Gesundheitsdaten sind Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand (z.B. Befunde, Diagnosen, Therapien etc.). Zur Umsetzung unternehmensinterner Vorgaben innerhalb der OSG-Gruppe sind wir für die Erfüllung bestimmter Zwecke außerdem auf die Zusammenarbeit mit unseren Kollegen aus der Verwaltung in Fürth angewiesen, bei der ebenfalls Ihre personenbezogenen- und Gesundheitsdaten ausgetauscht werden müssen.

Ich willige darin ein und entbinde meine behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht hinsichtlich der nachfolgend aufgeführten Fälle:

(unzutreffendes bitte streichen)

- 1. Übermittlung an den Hausarzt:** Das MVZ/die Praxis darf meine personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten zum Zweck der durchzuführenden Dokumentation und weiteren hausärztlichen Behandlung an meinen Hausarzt übermitteln (§ 73 Abs. 1 b SGB V). Meinen Hausarzt teile ich den Praxismitarbeitern mit und informiere diese auch über mögliche Änderungen meines Hausarztes.
- 2. Weiterbehandlung / Zweitmeinung:** Das MVZ/die Praxis darf meine personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten zum Zwecke der Weiterbehandlung, Durchführung, Planung und Steuerung von Operationen in anderen Einrichtungen oder Einholung von Zweitmeinungen an andere Ärzte und medizinische Einrichtungen weitergeben. Eine solche Weitergabe meiner Daten geschieht entweder nach vorheriger Absprache mit mir oder wenn meine behandelnden Ärzte dies im Rahmen meiner Behandlung für unbedingt erforderlich halten.
- 3. Medikamentenbestellung:** Das MVZ/die Praxis darf meine personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten zum Zweck der Bestellung von Medikamenten, die für meine Behandlung benötigt werden, an Apotheken übermitteln (unter Verzicht auf meine freie Apothekenwahl). Die Medikamente dürfen außerdem an die mich behandelnde Praxis geschickt werden. Dies kann z.B. im Rahmen der Durchführung einer intravitrealen Medikamentengabe (IVOM) erforderlich sein, um z.B. Kühlketten einzuhalten.
- 4. Linsen-Bestellung:** Das MVZ/die Praxis darf meine personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten, die für die Bestellung und Lieferung der für mich benötigten Linsen an einen externen

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Einwilligung in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten

Dienstleister oder Hersteller solcher Linsen übermitteln, um die korrekte Zuordnung zu meiner Person sicherzustellen und Verwechslungen zu vermeiden.

- 5. Übermittlung an Labore:** Das MVZ/die Praxis darf meine personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten an externe Labore zum Zweck der weiteren Befundabklärung oder Gewebeuntersuchung übermitteln. Die Ergebnisse dürfen an die mich behandelnde Praxis zurückgeschickt werden.
- 6. Bevollmächtigung weiterer Personen:** Das MVZ/die Praxis darf mich betreffende ärztliche Rezepte und ärztliche Bescheinigungen (z.B. AU-Bescheinigung) an folgende Person(en) aushändigen:

(Name, Vorname)

Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit gänzlich oder in Teilen mündlich oder in Textform (z. B. Brief, E-Mail) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Weitere Details zur Verarbeitung Ihrer Daten entnehmen Sie bitte dem **Datenschutz-Aushang** oder sprechen Sie uns gern darauf an.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters