

Einwilligungserklärung
zur elektronischen Übermittlung per eArztbrief und Verarbeitung von
personenbezogenen Daten

Hiermit stimme ich der Übermittlung meiner persönlichen Daten zu.

Patient

Pat.-Nr.:

- Name, Vorname: _____
- Geburtsdatum: _____

Ich wurde darüber informiert, dass Dr. med. Konrad Boche, Dr. med. Frank Hamann, Prof. Dr. med. habil. Christoph Baerwald, Cornelia Richter und Dr. Andreas Teich personenbezogene Daten von mir für Zwecke der Behandlung/Weiterbehandlung an u.g. Einrichtung auf elektronischem Wege aus seinem Arzteinformationssystem CGM ALBIS heraus ermitteln wird. Dabei handelt es sich um meinen Namen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Geschlecht und benötigte Daten meiner medizinischen Dokumentation, die in CGM ALBIS erfasst sind. Diese Daten werden als eArztbrief übertragen. Dieser Dienst ist für mich als Patient kostenfrei.

Empfänger:

- Überweisender Arzt und/oder Hausarzt

Ich wurde weiter darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Daten in verschlüsselter Form über das Internet übertragen werden und somit vor der unbefugten Kenntnisnahme Dritter geschützt sind. Die empfangene Einrichtung ist darüber hinaus berechtigt, die übermittelnden Daten für meine (Weiter-)Behandlung zu nutzen. Mein Recht der freien Arztwahl bleibt davon grundsätzlich unberührt.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten sowie Rechte auf Berechtigung, Einschränkung der Verarbeitung, Sperrung und Löschung dieser Daten.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit, ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft, schriftlich widerrufbar. Ich wurde darüber unterrichtet, dass im Falle meiner Weigerung, die Einwilligung zu erteilen, eine Übermittlung der Daten aus CGM ALBIS heraus nicht erfolgen wird. Weitere Folgen ergeben sich aus der Weigerung nicht.

Ich bin mit der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten in dem hierfür erforderlichen Umfang einverstanden. Ich erteile die Einwilligung für meinen behandelnden Arzt und bin mir bewusst, dass diese Einwilligung auch für künftige Datenlieferungen gültig ist.

Zu Fragen des Datenschutzes ist der Konzernbeauftragte für Datenschutz der CGM SE, Hans Gerlitz, Tel. 0261 8000 1667, Mail: hansjosef.gerlitz@cgm.com, erreichbar.

Darüber hinaus habe ich das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden

Ort, Datum und Unterschrift

Erstellt am: 02.01.2023	Geprüft am: 02.01.2023	Freigegeben am: 02.01.2023
Erstellt von: Nadine Mannschatz	Geprüft von: Dr. Hamann	Freigegeben von: Dr. Hamann
Seite 1 von 1	Version 1.1	Datei: 04_Einwilligung_elektronische_Daten_1.1 .odt