

# Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für Neupatienten



Name und Anschrift der zu behandelnden Person:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir freuen uns, dass Sie sich für eine Behandlung durch das Onkologicum HOPA MVZ GmbH entschieden haben. Das Sie behandelnde Medizinische Versorgungszentrum Onkologicum HOPA MVZ GmbH (nachfolgend „MVZ“) gehört zur Sanecum Gruppe GmbH. Das MVZ und die Sanecum Gruppe GmbH legen besonderen Wert auf Datenschutz.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die:

**Onkologicum HOPA MVZ GmbH**

Mörkenstraße 47-49  
22767 Hamburg

Schäferkampsallee 34  
22357 Hamburg

Telefon: 040 380212-4250

„Daten“ im Sinne der nachfolgenden Erklärungen sind Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu gehören unter anderem Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben.

Diese Daten werden ausschließlich zum Zweck der bestmöglichen medizinischen Versorgung und zur Koordination Ihrer Behandlung verwendet und verarbeitet.

Zu diesem Zweck können uns auch andere Ärzte, Krankenhäuser oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen.

Für diese Datenweitergabe und –verarbeitung benötigen wir Ihre ausdrückliche Einwilligung in Form einer Schweigepflichtsentbindung. Ohne diese Einwilligung dürfen wir Ihre Gesundheitsdaten nicht an Dritte – an Ihrer Versorgung und Behandlung Beteiligte – weitergeben.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Hierzu wenden Sie sich bitte an datenschutz@hopa.de. Ein Widerruf kann jedoch zu Einschränkungen Ihrer medizinischen Versorgung durch das MVZ führen. Bitte beachten Sie, dass bei Beschränkungen der Nutzung der für die Behandlung erforderlichen Daten eine sachgerechte medizinische Versorgung nicht sichergestellt werden kann.

## Einverständniserklärung zur Übermittlung von Daten gem. § 73 Abs. 1b SGB V

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt der HOPA Behandlungsdaten und Befunde von mir bei anderen Leistungserbringern einholt sowie an diese übermittelt, soweit dies für meine weitere Behandlung erforderlich ist.

Ja  Nein

Ich befreie die mich behandelnden Ärzte und zur Verschwiegenheit verpflichteten Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht, soweit dies zur Erfüllung der oben beschriebenen Zwecke notwendig ist.

Ja  Nein

# Einwilligungserklärung und Entbindung der Schweigepflicht für die Vorstellung in Tumorkonferenzen im Struensee-Haus sowie AK Altona, Jerusalem Krankenhaus, Krankenhaus Tabea Hamburg und Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

---

Ich wurde von der HOPA darüber aufgeklärt und bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Einholung einer Therapieempfehlung durch die oben genannten interdisziplinären Tumorkonferenzen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen übermittelt werden. Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt gegenüber den genannten Institutionen von der Schweigepflicht.

Ja  Nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

## Übermittlung von anonymisierten Daten zu wissenschaftlichen Zwecken

---

Ich wurde von der HOPA über den Umgang mit meinen erhobenen Daten im Rahmen der Teilnahme an wissenschaftlichen Studien aufgeklärt. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich bin damit einverstanden, dass die bei mir erhobenen Daten in anonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken (z. B. Optimierung von Standardtherapien, Verbesserung von Ablaufpfaden) verwendet werden. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Darstellungen und Veröffentlichungen verwendet werden dürfen.

Ja  Nein

## Übermittlung von Ergebnissen genetischer Untersuchungen in die elektronische Patientenakte, die durch Fremdbefunde bekanntwerden

---

Im Rahmen meiner Behandlung können durch Fremdbefunde Gesundheitsdaten bekannt werden, die zu den besonders sensiblen Kategorien gehören (insb. Informationen zu psychischen Erkrankungen, sexuell übertragbaren Infektionen und Schwan-gerschaftsabbrüchen). Ich wurde darüber informiert, dass derartige Befunde grundsätzlich in die elektronische Patientenakten (ePA) geladen werden können. Ich habe jedoch das Recht, dieser Einstellung zu widersprechen.

Ja  Nein

Ich bin damit einverstanden, dass Fremdbefunde, die Ergebnisse genetischer Untersuchungen enthalten oder daraus abgeleitete Gesundheitsdaten, die meinem behandelnden Arzt bzw. meiner behandelnden Ärztin bekanntwerden, in meine elektronische Patientenakte eingestellt werden dürfen.

**Ich gebe diese Einwilligungen freiwillig ab. Meine Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber dem MVZ unter oben genannten Kontaktmöglichkeiten widerrufen. Der Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem ich ihn erkläre. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**

**Mit meiner nun folgenden Unterschrift bestätige ich die von mir angekreuzten Einwilligungserklärungen.**

---

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in / Vertreter/in mit Vertretungsmacht)