



Weitergabe Ihrer Daten/Kommunikation mit Ihnen

Information und Einwilligung zum Datenaustausch mit Ihren Ärzt:innen und per E-Mail mit Ihnen

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

1. Datenübermittlung zwischen Martini-Klinik und behandelnden Ärztinnen und Ärzten

- a) Die Martini-Klinik nutzt die Dateninfrastruktur des UKE-Konzerns. Sie willigen daher grundsätzlich ein, dass Ihre Behandlungsdaten/Befunde durch die Martini-Klinik an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie anderen Beschäftigten des UKE-Konzerns zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können.
- b) Im Rahmen Ihrer Behandlung kann es erforderlich sein, bei Ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand oder bisherigen Behandlungen in Erfahrung zu bringen. Dies beinhaltet den Austausch von Unterlagen (z. B. Arztbriefe, Befunde, OP-Berichte, Laborergebnisse oder Bildgebung) und auch die Übermittlung unserer Arzt- und Entlassungsbriefe an Ihre(n) behandelnde(n) Ärztin/Arzt.

Ich bin mit der Übermittlung der Arztbriefe/Befunde an meine(n) behandelnde(n) Ärztin/Arzt einverstanden:

Ja Nein

Name der Hausarztpraxis: _____

Anschrift: _____

Name der Facharztpraxis: _____

Anschrift: _____

- c) Für den Zweck, der von mir vorstehend erteilten Einwilligung, entbinde ich damit meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte sowie Beschäftigte des UKE-Konzerns von ihrer Schweigepflicht.

Dies soll auch für meine zukünftigen Behandlungen/Beratungen gelten, so dass diese Einwilligung nicht erneut eingeholt werden muss.

Ja Nein

2. Kommunikation per E-Mail zwischen Ihnen und der Martini-Klinik

Zusätzlich bin ich damit einverstanden, dass die Martini-Klinik mit mir per E-Mail Kontakt aufnimmt. Dieses kann für folgende Zwecke notwendig werden: Terminabsprachen, Rückmeldungen, die Zusendung von Informationsmaterial oder Patientenfragebögen.

Ja Nein

Meine hierfür zu verwendender E-Mail-Adresse lautet:

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass diese E-Mails unverschlüsselt und ohne besondere Sicherungsmaßnahmen an mich versandt werden können.

Mir ist bewusst, dass ich die erteilten Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Hinweis zur Datenverarbeitung:

Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten können unter: [Dokumente zum Herunterladen \(martini-klinik.de/datenschutz\)](https://martini-klinik.de/datenschutz) abgerufen werden. Sie haben jederzeit die Möglichkeit Ihre Einwilligung und/oder die Dauer-Einwilligung ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Bis zu Ihrem Widerruf erfolgte Verarbeitungen und Übermittlungen bleiben zulässig.

Auf Ihren Wunsch stellen wir die Datenschutzinformationen auch in gedruckter Form bereit.