

Campus Kiel

Zentrum für Seltene Neurologische
Erkrankungen (ZSNE)

Ansprechpartner: PD Dr. Tim W. Rattay

Kontaktaufnahme ZSNE

Lotsin: Dr. Beate Lengel-Janßen

Tel.: 0431 500 - 24011, Fax: - 24088

E-Mail: lotsinszne.kiel@uksh.de

www.uksh.de

Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Fall soll inhaltlich im Rahmen einer Fallkonferenz am Zentrum für Seltene Neurologische Erkrankungen (ZSNE) besprochen werden.

Die Durchführung dieser Fallkonferenz wird organisiert durch unsere Lotsin (siehe Adresskopf). Inhaltlich können ärztliche Kolleg:innen aus Fach- und Expertenzentren verschiedener Kliniken und Institute des UKSH und externer Kooperationspartner (national und international) eingebunden sein.

Zu den vom Gesetz besonders geschützten Gesundheitsdaten gehören beispielsweise von uns und anderen Ärzt:innen erhobene Befunde, Anamnesen, Diagnosen und Therapievorschlüsse; dies beinhaltet explizit auch genetische Vorbefunde oder im Verlauf mögliche neu-diagnostizierte genetische Erkrankungen. Im Rahmen der Fallkonferenz und der Dokumentation werden Ihr Name und Ihr Geburtsdatum sowie ein Protokoll (**inkl. Nennung eines möglichen Genetikbefundes**) und eine ausgesprochene Empfehlung in das Klinik-Informationssystem des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (Agfa ORBIS) gespeichert. Im Falle einer Nutzung von Patientendaten im Rahmen von interdisziplinären, aktuellen und an den Belangen von Patient:innen mit seltenen neurologischen Erkrankungen orientierten Fortbildungen, Tagungen und Informationsveranstaltungen wird dies nur in pseudonymisierter Form erfolgen. Dazu ist Ihr Einverständnis erforderlich.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:
Institut / Person: ZSNE / PD Dr. Tim W. Rattay
Anschrift: Arnold-Heller-Straße 3, Haus D, 24105 Kiel
Kontakt Daten: lotsinszne.kiel@uksh.de

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:
Name: Dr. Stefan Reuschke
Anschrift: Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
Kontakt Daten: stefan.reuschke@uksh.de

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Einwilligungserklärung

Hiermit gebe ich

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

mein Einverständnis zur Befundanforderung der oben genannten Daten zur Durchführung und Dokumentation von Fallkonferenzen am ZSNE Kiel und entbinde die mich betreuenden Haus- und Fachärzt:innen:

Name Ärzt:in

Name Ärzt:in

Name Ärzt:in

Name Ärzt:in

der Schweigepflicht gegenüber dem ZSNE Kiel und weiteren Ärzt:innen von externen Kooperationspartnern des ZSNE.

Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst zusätzlich zur Besprechung und Präsentation in Fallkonferenzen: Befunde, einschließlich genetischer Befunde, Bildgebung sowie Videos und erfolgt zu folgenden Zwecken: Mitbeurteilung / weitere Konsultation.

Zusätzlich gebe ich mein Einverständnis zur Nutzung meiner Daten in pseudonymisierter Form für die Durchführung von an den Belangen von Patient:innen mit seltenen Erkrankungen orientierten Fortbildungen, Tagungen und Informationsveranstaltungen.

Die gesetzlichen Regelungen räumen Ihnen einige Rechte ein. So steht Ihnen das Recht zu,

- Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten,
- unrichtige Daten berichtigen zu lassen,
- unter bestimmten Voraussetzungen die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen (Hinweis: Ihre Patientenakte wird von uns gemäß der jeweils gesetzlich vorgeschriebenen Frist aufbewahrt.),
- Ihre Daten an andere von Ihnen bestimmte Stellen übertragen zu lassen. Dazu ist ein gesonderter Antrag erforderlich.

Bei Fragen zu den Inhalten dieses Dokuments, insbesondere zu

- dem Umfang und der Art Ihrer Daten,
- den Rechtsgrundlagen der Verarbeitung,
- den Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen,

können Sie sich gerne an die oben genannte Adresse wenden. Sie haben das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift