

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Genehmigung zur Datenübermittlung

Ich bitte um

- Weitergabe der angefertigten Bilder (MRT, CT, Röntgen, Sonographie, Angiographie) an den unten benannten Empfänger
- Weitergabe aller in der Klinik für Radiologie und Neuroradiologie angefertigten Befunde an den unten benannten Empfänger
- Das Brennen einer Patienten-CD/DVD für meine privaten Unterlagen
 - Straße: _____
 - Hausnummer: _____
 - PLZ und Ort: _____
- Das Brennen einer Patienten-CD/DVD für einen weiterbehandelnden Arzt
 - Name der Praxis: _____
 - Straße: _____
 - Hausnummer: _____
 - PLZ und Ort: _____

Hiermit entbinde ich, _____; geb. am _____,
die Klinik für Radiologie und Neuroradiologie des UKSH Kiel gegenüber
_____ (Empfänger der Daten) von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Außerdem bin ich einverstanden, dass Unterlagen, Bilder und Befunde von allen radiologischen Untersuchungen
an (Empfänger der Daten) _____

online oder per Datenträger übermittelt werden.

Diese Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum und Unterschrift / gesetzlicher Vertreter

Datenschutz Hinweis:

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten, insbesondere deren Speicherung und Übermittlung, erfolgt zu dem Zweck der Überprüfung, ob im Zusammenhang mit den Behandlungen ein Behandlungsfehler vorliegt (§66 SGB V, §67b 1, 1 SGB X). Sollte die Möglichkeit eines Behandlungsfehlers bejaht werden, so bin ich damit einverstanden, daß die Daten auch zur Geltendmachung von Ersatzansprüchen der Krankenkasse genutzt werden (§67c ,116 SGB X).

Die genannten Sozialdaten können den schadenersatzpflichtigen Behandlern und deren Haftpflichtversicherern übermittelt werden, soweit dies zur Verfolgung von Schadensersatzansprüchen erforderlich ist.