

FB Ki41 Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

Name _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Datenübermittlung an andere Ärzte Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Kinderwunschzentrum Amberg, Emailfabrikstr. 15, 92224 Amberg die mich betreffenden Behandlungsdaten, humangenetische und allgemeine Befunde an meine mitbehandelnden Ärzte zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinen Ärzten.

Anforderung von Vorbefunden Ja Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das MVZ Kinderwunschzentrum, die bei meinem Hausarzt oder einem sonstigen mich behandelnden Arzt vorliegenden Behandlungsdaten, humangenetische und allgemeine Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Der behandelnde Arzt des MVZ Kinderwunschzentrum Amberg wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten zu dem sie übermittelt worden sind.

Mein Hausarzt und die weiteren in die Behandlung eingebundenen Ärzte sind:

(Namen der Ärzte)

Übermittlung anonymisierter/pseudonymisierter Daten

(weitere Informationen und verantwortliche Personen entnehmen Sie bitte unserer Homepage: www.kinderwunschzentrum-amberg.de/Leistungen)

An das **deutsche IVF Register** (DIR) - Forschungszwecke und wissenschaftliche Statistik Ja Nein

An die **AG QS ReproMed** - zur Qualitätssicherung Ja Nein

Ich bin mit der Übermittlung meiner anonymisierten/pseudonymisierten Gesundheitsdaten (insbesondere medizinische Daten zur Indikation und zur Behandlung sowie ggf. zur nachverfolgenden Schwangerschaft bzw. Geburt) durch meine behandelnden Ärzte und die o.g. Praxis an Dritte, welche für die Wissenschaft, Forschung oder Qualitätssicherung in der humanen Reproduktionsmedizin tätig sind, zum Zweck der statistischen Auswertung einverstanden. Ggf. als personensorgeberechtigte/-r Stellvertreter/-in meines Kindes willige ich zudem in die Übermittlung der personenbezogenen Daten des Kindes (u.a. Geburtsmonat) ein. Dieses Einverständnis gilt nur, wenn meine behandelnden Ärzte zur Datenübermittlung und –verarbeitung berufsrechtlich verpflichtet sind.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Widerrufserklärung hat schriftlich zu erfolgen und ist an das MVZ Kinderwunschzentrum Amberg, Emailfabrikstr. 15, 92224 Amberg zu richten. Im Falle eines Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen den mitbehandelnden Ärzten statt.

Ich habe zur Kenntnis genommen und willige ein, dass meine Daten:

- bei Bedarf zwischen den Ärzten innerhalb des MVZ Kinderwunschzentrum Amberg bzw. weiteren Empfängern (z.B. Kassenärztlich Vereinigung, Krankenkasse etc.) ausgetauscht werden
- dass spezielle Laboruntersuchungen an die entsprechenden Untersuchungseinrichtungen weitergegeben werden. Die Rechnungsstellung erfolgt durch das entsprechende Speziallabor direkt und unabhängig von dem MVZ Kinderwunschzentrum Amberg
- und Befunde nach der längsten gesetzlich geltenden Aufbewahrungsfrist digital gespeichert und gesichert werden

Somit kann eine kontinuierliche Behandlung durch die Praxis ermöglicht werden.

Ich habe eine Kopie dieser Erklärung erhalten.

(Ort und Datum)

(Unterschrift der/des Patientin/en)