Einverständniserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht für die Bearbeitung am Magdeburger Zentrum für Seltene Erkrankungen (MaZSE)

Lieber Patient/ liebe Patientin!

Die erweiterte genetische Diagnostik im Rahmen des „Modellvorhaben Genomsequenzierung bei seltenen und bei onkologischen Erkrankungen“ nach § 64e SGB V (kurz Modellvorhaben) wird am Universitätsklinikum Magdeburg in Zusammenarbeit mit dem Institut für Humangenetik und dem Magdeburger Zentrum für Seltene Erkrankungen durchgeführt. Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit benötigen wir Ihre Einverständniserklärung. Diese ermöglicht es uns, sowohl mit den am Modellvorhaben beteiligten Partnern als auch mit Ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten Rücksprache zu medizinischen Fragestellungen zu halten. In Einzelfällen kann es erforderlich sein, ergänzende oder detailliertere Untersuchungsbefunde für Sie anzufordern.

Alle im Rahmen des Modellvorhabens erhobenen Unterlagen werden im Klinikinformationssystem des Universitätsklinikums hinterlegt.

Unabhängig von Ihrer erteilten oder verweigerten Zustimmung gelten die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz sowie die gesetzlichen Verschwiegenheits- und Schweigepflichten uneingeschränkt fort. Insbesondere richten sich die Verarbeitung personenbezogener Daten nach den Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Gesetzlich bestehende Verschwiegenheits- und Schweigepflichten bleiben hiervon unberührt.

Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis zu den auf der folgenden Seite beschriebenen Arbeitsabläufen. Für Rückfragen stehen wir gern jederzeit unter anderem telefonisch unter 0391/6724024 zur Verfügung.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG / ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

_____

Telefonnummer: _____

1. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass relevante Unterlagen an in die Diagnostik im Rahmen der Modellvorhaben einbezogenen Ärzte und Koordinatoren weitergleitet werden dürfen.

   ☐ ja ☐ nein

2. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass durch das MaZSE weitere Befunde/ Arztbriefe von meinen behandelnden Ärzten abgefordert, sowie direkte Rücksprachen erfolgen dürfen.

   ☐ ja ☐ nein

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit formlos und ohne Angaben von Gründen gegenüber dem MaZSE (Magdeburger Zentrum für Seltene Erkrankungen, Leipziger Str. 44/Haus 10, 39120 Magdeburg, Email: sesa@med.ovgu.de) widerrufen werden. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem er ausgesprochen wird. Der Widerruf hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Mit dem Widerruf wird die Fallbearbeitung am MaZSE abgebrochen.

☐ Ich stimme zu, dass mein überweisender Arzt einen Abschlussbericht erhält.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Patienten (ggf. des gesetzlichen Betreuers)

_____

Name, Vorname des ggf. gesetzlichen Betreuers in Druckschrift

Postadresse:
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.
Magdeburger Zentrum für Seltene Erkrankung (MaZSE)
Leipziger Straße 44 / Haus 10
39120 Magdeburg

Kontaktdaten:
Tel.: 0391/67-24024
Fax.: 0391/67-290038
E-Mail: sesa@med.ovgu.de
www.mkse.ovgu.de