



Erklärung zur Schweigepflicht und ergänzende Informationen zum Datenschutz

Ich bin darüber informiert worden, dass Dr. Tschebiner und Kollegen, um meine medizinische Untersuchung umfassend durchführen zu können, die Laborauswertung mindestens einer weiteren medizinischen Einrichtung für erforderlich halten. Diese medizinischen Einrichtungen sind:

AMEDES-Gruppe Labor und Diagnostik Haferweg 40, 22769 Hamburg

ORGA-Labor GmbH, Weinstr. 3, 80333 München und Hospitalstr. 2, 48607 Ochtrup

Pathologie München Nord, Ernst-Platz-Str. 2, 80992 München

Pränatal-Medizin München, Friends Tower I, Friedenheimer Brücke 19, 80639 München

Zu diesem Zweck müssen Ihre persönlichen Gesundheitsdaten und die zu untersuchenden Proben an diese Einrichtungen übermittelt werden. Die damit verbundene Datenverarbeitung erfolgt zur Erfüllung des Behandlungsvertrages zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und zur Erfüllung der damit verbundenen Verpflichtungen. Es ist möglich, dass die oben genannten Einrichtungen eine oder mehrere der Untersuchungen der eingesandten Proben nicht selbst durchführen können. In einem solchen Fall werden die Proben und die Gesundheitsdaten an andere medizinische Laboratorien weitergeleitet, um die Untersuchungen dort durchführen zu lassen. Im Einzelfall werden so Gesundheitsdaten an weitere berechnigte Empfänger übermittelt, die ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Nur durch diese oben beschriebenen Daten und Proben kann die Behandlung fach- und sachgerecht auf der Grundlage aktueller, gesicherter medizinischer Kenntnisse und wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie nach den Regeln der ärztlichen Kunst und des ärztlichen Könnens durchgeführt werden.

Ich _____ erkläre hiermit, dass
Name Patient:in

1. ich mit der Übermittlung meiner persönlichen Gesundheitsdaten an die oben genannten Einrichtungen und ggf. an die aufgeführten nachgeordneten medizinischen Laboratorien einverstanden bin und

2. Ich entbinde Dr. Tschebiner und Kollegen von ihrer Schweigepflicht gegenüber den oben genannten Institutionen und den untergeordneten medizinischen Laboratorien. Ich erkläre dies freiwillig und mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

München, den _____

Unterschrift Patient:in

Einige der o.g. Einrichtungen nehmen für die Abrechnung der laboratoriumsmedizinischen Untersuchungsleistungen der

amedes Medizinische Dienstleistungen GmbH, Werner-von-Siemens-Str. 8, 37077 Göttingen
oder

Medas factoring GmbH, Messerschmittstr. 4, 80992 München
als medizinische Abrechnungsstellen in Anspruch.

Zur Abrechnung der laboratoriumsmedizinischen Leistungen übermitteln die o.g. Institutionen auch Ihre personenbezogenen Gesundheitsdaten, die zur Abrechnung der laboratoriumsmedizinischen Leistungen erforderlich sind, an die medizinischen Verrechnungsstellen.

Ich _____ erkläre hiermit, dass
Name Patient:in

1. ich damit einverstanden bin, dass meine personenbezogenen Gesundheitsdaten von den oben genannten Einrichtungen an die amedes GmbH bzw. Medas factoring GmbH übermittelt werden, und
2. Ich entbinde die vorgenannten Institutionen von der Schweigepflicht gegenüber der amedes GmbH oder Medas factoring GmbH zu diesem Zweck. Ich erkläre dies freiwillig und mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

München, den _____

Unterschrift Patient:in