

Patient/in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

1. Information zur datenverarbeitenden Stelle und zum internen Datenaustausch

Unser Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) wird als gemeinsame Einrichtung geführt, in der mehrere Behandler/innen sowie medizinisches Fachpersonal kooperativ tätig sind. Für die Durchführung der Behandlung ist es erforderlich, dass sowohl die Behandler/innen als auch das medizinische Personal des MVZ auf patientenbezogene Daten zugreifen und diese innerhalb des MVZ austauschen. Der Zugriff erfolgt ausschließlich im Rahmen der jeweiligen Aufgaben und auf Grundlage der geltenden gesetzlichen Vorschriften, insbesondere der gesetzlichen Schweigepflichten und der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Eine gesonderte Einwilligung ist hierfür grundsätzlich nicht erforderlich.

Ich wurde über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und über meine Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung informiert. Mir wurde die Patienteninformation zum Datenschutz in der Praxis (auf Wunsch) ausgehändigt.

2. Übermittlung von Befunden und Behandlungsdaten

Für meine weitere Behandlung kann es erforderlich sein, dass Befunde und andere behandlungsrelevante Informationen zwischen den an meiner Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzten, Fachärzten/innen, Psychotherapeuten/innen, Krankenhäusern, Laboren und sonstigen unmittelbar an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden.

Soweit für eine solche Übermittlung eine gesonderte Einwilligung bzw. Schweigepflichtentbindung erforderlich ist, erteile ich diese hiermit für die Zwecke meiner medizinischen Behandlung.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt hiervon unberührt.

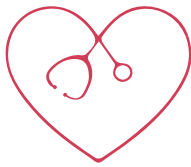
☐ **Ich willige in die vorstehend beschriebene Übermittlung behandlungsrelevanter Informationen ein, soweit hierfür eine Einwilligung bzw. Schweigepflichtentbindung erforderlich ist.**

3. Telefonische Auskunft und Befundübermittlung

Ich wünsche, dass die Praxis mich telefonisch über Befunde und andere behandlungsbezogene Informationen informiert, sofern meine Identität zuvor in geeigneter Weise festgestellt wurde.

☐ **Ich bin mit einer telefonischen Übermittlung von Befunden und behandlungsbezogenen Informationen an mich einverstanden.**

Die Praxis trifft geeignete Maßnahmen zur Feststellung meiner Identität.



Benannte Personen:

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass die Praxis die nachfolgend genannten Personen telefonisch über meine Befunde bzw. behandlungsbezogene Informationen informiert:

1. Name: _____
2. Name: _____
3. Name: _____

4. Abholung von Unterlagen durch Angehörige oder andere Personen:

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Person(en) meine Unterlagen, insbesondere Rezepte, Überweisungen oder Arztbriefe, für mich in der Praxis abholen dürfen:

1. Name: _____
2. Name: _____
3. Name: _____

Die Praxis darf die Unterlagen nur nach geeigneter Identitätsprüfung der abholenden Person herausgeben.

5. Kommunikation per E-Mail und Terminerinnerungen

Die nachfolgende Einwilligung ist freiwillig und unabhängig von meiner medizinischen Behandlung.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis meine Kontaktdaten verwendet, um mir beispielsweise Terminerinnerungen oder organisatorische Informationen im Zusammenhang mit meiner Behandlung zu übermitteln.

E-Mail-Adresse: _____

Mobiltelefonnummer: _____

☐ **E-Mail**

☐ **Telefon**

Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt hiervon unberührt.

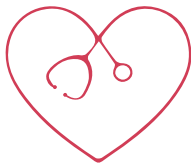
6. Freiwillige Einwilligung in die KI-gestützte Dokumentation mit x.scribe

Die Praxis verwendet das KI-gestützte Dokumentationssystem **x.scribe** der medatixx zur Unterstützung bei der Dokumentation von Arzt-Patienten-Gesprächen.

Bei Nutzung von x.scribe kann das Gespräch zu Dokumentationszwecken technisch aufgezeichnet und verarbeitet werden. Aus der Verarbeitung wird ein Text bzw. eine Dokumentationshilfe erstellt, die anschließend für die ärztliche Dokumentation verwendet werden kann.

Nach den Angaben des Anbieters erfolgen Hosting und Datenverarbeitung innerhalb der Europäischen Union; x.scribe wird als DSGVO-konform beschrieben. Ein C5-Typ-2- Testat des BSI liegt vor. (**Medatixx**)

Auf Wunsch können nähere Informationen in der Praxis eingesehen werden.



Die Nutzung dieses Verfahrens ist freiwillig. Eine Ablehnung oder ein späterer Widerruf hat keinen Einfluss auf meine medizinische Behandlung.

Ich wurde darüber informiert,

- dass bei Nutzung von x.scribe Gesprächsdaten technisch verarbeitet werden,
- zu welchem Zweck die Verarbeitung erfolgt,
- dass die Verarbeitung ausschließlich zur Unterstützung der medizinischen Dokumentation erfolgt,
- dass ich die Nutzung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ablehnen bzw. meine Einwilligung widerrufen kann.

☐ Ich willige freiwillig in die Nutzung von x.scribe zur KI-gestützten Dokumentation meiner Arzt-Patienten-Gespräche ein.

☐ Ich möchte x.scribe nicht nutzen.

7. Widerruf

Soweit ich eine Einwilligung erteilt habe, kann ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Der Widerruf kann gegenüber der Praxis erklärt werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die aufgrund meiner Einwilligung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgt ist, bleibt unberührt.

Bereits ordnungsgemäß in die Behandlungsdokumentation übernommene Daten können aufgrund gesetzlicher Aufbewahrungspflichten weiterhin gespeichert werden.

8. Bestätigung

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Informationen erhalten und verstanden habe.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in:

Name des/der gesetzlichen Vertreters/in (falls zutreffend):