

# Patienteneinverständniserklärung

## Einwilligung des Patienten zur Verwendung / Offenlegung persönlicher Informationen

Patientenname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Ich verstehe, dass die Informationen des Patienten privat und vertraulich sind. Ich verstehe, dass die Mitarbeiter der FMF & AID Global Association sehr hart daran arbeiten, die Privatsphäre des Patienten zu schützen und die Vertraulichkeit der persönlichen Daten des Patienten zu wahren.

Ich verstehe, dass die FMF & AID Global Association die persönlichen Daten des Patienten verwenden und offenlegen kann, um auf Wunsch des Patienten die Gesundheitsversorgung des Patienten zu gewährleisten und andere Gesundheitsoperationen durchzuführen. Im Allgemeinen werden diese Informationen nur dann anderweitig verwendet und offengelegt, wenn ich dies zulasse. Ich verstehe, dass das Gesetz manchmal die Veröffentlichung dieser Informationen ohne meine Erlaubnis verlangt. Diese Situationen sind sehr ungewöhnlich. Ein Beispiel wäre, wenn ein Patient droht, jemanden oder sich selbst zu verletzen.

Die FMF & AID Global Association hat auf ihrer Homepage ein detailliertes Dokument unter dem Namen „GDPR“ (Datenschutz-Grundverordnung - DSGVO) (<https://de.fmfandaid.org/gdpr>) veröffentlicht. Es enthält weitere Informationen zu den Schutzrichtlinien und -praktiken. Ich verstehe, dass es in meiner Verantwortung liegt, diese Richtlinie zu lesen, bevor ich diese Vereinbarung unterschreibe.

Die FMF & AID Global Association kann ihre GDPR-Richtlinie bei Bedarf aktualisieren. Die aktuellste Version dieses Dokuments wird jedoch immer gefunden und kann jederzeit von der FMF & AID-Website heruntergeladen werden (siehe obigen Link).

Im Rahmen dieser Einwilligung kann ich die FMF & AID Global Association auffordern, die Verwendung oder Offenlegung der persönlichen Daten des Patienten zur Durchführung von Behandlungen oder Operationen im Gesundheitswesen einzuschränken. Ich verstehe, dass die FMF & AID Global Association meiner Anfrage nicht zustimmen muss.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen, indem ich einen der folgenden Schritte unternehme:

1. Unterschreiben und datieren Sie das Formular, das mir die FMF & AID Global Association zur Verfügung stellen kann. Dieses Formular wird als "Widerruf der Einwilligung zur Verwendung und Offenlegung persönlicher Informationen" bezeichnet. ODER
2. Schreiben, unterschreiben und datieren Sie einen Brief an die FMF & AID Global Association. Wenn ich einen Brief schreibe, muss angegeben werden, dass ich meine Einwilligung widerrufen möchte, um die Verwendung der Offenlegung der persönlichen Daten des Patienten für Behandlungs- und Gesundheitsoperationen zu genehmigen.

Wenn ich diese Einwilligung widerrufe, müssen die Mitarbeiter der FMF & AID Global Association mir keine weiteren Unterstützungs- / Serviceleistungen für das Gesundheitswesen anbieten. Meine Unterschrift unten zeigt an, dass ich die Möglichkeit erhalten habe, eine aktuelle Kopie der GDPR-Richtlinie der FMF & AID Global Association zu überprüfen. Meine Unterschrift bedeutet, dass ich damit einverstanden bin, dass die FMF & AID Global Association meine persönlichen Daten verwendet und weitergibt, um mich an Spezialisten zu verweisen, meine Behandlungsoptionen zu besprechen und Operationen im Gesundheitswesen durchzuführen.

\_\_\_\_\_  
Name in Blockschrift und Unterschrift der Patientin/des Patienten  
oder der berechtigten Person

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Verhältnis zum Patienten (wenn von einer anderen Person als dem Patienten unterschrieben)

25-08-2018