

 <p>MVZ Kaiserslautern Westpfalz-Klinikum</p>	<p>Qualitätsmanagement</p> <p>Dateiname: NUK_Datenschutz.docx</p>	<p>Westpfalz-Klinikum MVZ Kaiserslautern GmbH</p> <p>Hellmut-Hartert-Str. 1 67655 Kaiserslautern</p>
--	--	---

Formblatt Übermittlung von personenbezogenen Daten

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

1. Befundübermittlung an Angehörige

() **JA**, ich bin mit der Befundübermittlung/Herausgabe von Rezepten und Überweisungen an folgende Angehörige einverstanden:

Vorname/Name	Telefonnummer	Geburtsdatum

() **NEIN**, ich bin mit der Befundübermittlung / Herausgabe von Rezepten und Überweisungen an Angehörige **nicht einverstanden**.

2. Datenübermittlung vom Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern (WKK KL) zur Westpfalz-Klinikum Medizinisches Versorgungszentrum GmbH (WKK MVZ GmbH)

Ich bin damit einverstanden, dass das WKK KL (alle stationären Abteilungen) die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die WKK MVZ GmbH (alle ambulanten MVZs) zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermitteln darf. Außerdem bin ich einverstanden, dass alle mitbehandelnden MVZs im WKK MVZ GmbH Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung untereinander übermitteln dürfen.

() JA () NEIN

3. Befundübermittlung an andere Ärzte und Krankenhäuser

Grundsätzlich bin ich damit einverstanden, dass bei Vorliegen einer Überweisung, einer Laborüberweisung oder einer Krankenhausbehandlung im Rahmen der notwendigen, medizinischen Behandlung Daten zwischen den behandelnden Ärzten ausgetauscht werden dürfen, ohne dass es einer Einwilligung meinerseits bedarf.

() **Ausnahmen:** Bei den folgenden speziellen Befunden (z.B. bei neurologischen Befunden) oder an die folgenden Ärzte oder an die folgenden Fachrichtungen sollen **prinzipiell keine personenbezogenen Daten und insbesondere keine Gesundheitsdaten übermittelt werden**.

Spezielle Befunde: _____

Ärzte: _____

Fachrichtungen: _____

Seite: 2

() **keine Ausnahmen:** Sofern eine Überweisung, eine Laborüberweisung, eine Krankenhausbehandlung oder ähnliches vorliegt, **stimme ich** der Übermittlung **personenbezogener Daten und insbesondere spezieller Befunde** (z.B. neurologische Befunde) oder an beteiligte Ärzte aller Fachrichtungen **uneingeschränkt zu.**

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich habe dieses Dokument gelesen und verstanden.

Kaiserslautern, den

Unterschrift Patient