

Patientenaufkleber/Patientendaten

Bitte ergänzen Sie Ihre Kontaktdaten in Druckschrift.**Telefon - Festnetz:** _____ **Telefon - mobil:** _____

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) vom 28.5.2018 sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck das Klinikum Daten erhebt, verarbeitet oder weiterleitet. Weitere Informationen finden Sie in den ausgelegten Datenschutzinformationen sowie auf unserer Homepage im Internet.

Die Erhebung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung.

Werden wichtige und notwendige Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Dem überweisenden Arzt gegenüber besteht eine Berichtspflicht. Der Arztbericht wird datenschutzkonform übermittelt. Sie müssen jedoch erklären, ob Sie mit der Einholung bzw. Weitergabe von Befunden und Berichten von oder an andere Ärzte, die Sie ebenfalls behandeln, bzw. medizinische Einrichtungen (z.B. Reha-Kliniken) einverstanden sind, wenn dies im Zusammenhang mit der ambulanten Behandlung und Beratung in den Ambulanzen des Klinikums Hanau nötig ist. Ihr Einverständnis hierzu können Sie jederzeit widerrufen.

Um Ihnen eine optimale medizinische Betreuung ermöglichen zu können, gibt es Situationen, in denen eine Fotodokumentation angestrebt werden sollte- hierdurch kann eine Krankheitsdynamik registriert und bei Notwendigkeit eine Therapieanpassung durchgeführt werden. Im Rahmen der Dysplasiesprechstunde kommt über die konventionelle Fotodokumentation hinaus auch die Videokolposkopie zur Verlaufsbeurteilung zum Einsatz. Hier werden Fotos direkt im Rahmen der Aufsichtmikroskopie von Befunden angefertigt. Sämtliche Bilder werden mit dem Patientennamen und dem aktuellen Datum versehen und auf einem gesicherten Server des Klinikum Hanau gespeichert, oder / und ausgedruckt um im Patientenordner archiviert zu werden.

**Ich bin mit der Einholung/Versendung von Befunden/Berichten an/von
dritten Ärzten bzw. medizinischen Einrichtungen einverstanden**

Ja Nein

**Ich bin mit der Fotodokumentation und Archivierung von
Befunden meiner Erkrankung einverstanden**

Ja Nein

Datum: Hanau, _____

Unterschrift: _____