

Patientenetikett
oder Patienten-
nummer: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Falls Patient nicht mit Antragsteller identisch

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Der aufzunehmende Patient ist

- meine Ehefrau / mein Ehemann
- mein Kind
- _____

**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,**

die UMG ist aus Datenschutzgründen verpflichtet, folgende Einwilligungen, die im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung von Bedeutung sein könnten, von Ihnen einzuholen.

Die von Ihnen erteilten Einwilligungen gelten sowohl für die ambulante, als auch für die stationäre Behandlung in allen Kliniken, Abteilungen und Instituten der UMG für einen Zeitraum von 90 Tagen. Bei möglichen weiteren Behandlungen nach Ablauf dieses Zeitraums werden wir Sie bitten, die Einwilligungen zu aktualisieren.

Davon abgesehen haben Sie jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligungen ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Die Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Die entsprechenden Kontaktdaten finden Sie teilweise direkt im zugehörigen Passus oder auf unserer Homepage www.umg.eu.

Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten und Restmaterialien bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ihre Einwilligungen sind freiwillig.

Datenübermittlung zwischen dem Krankenhaus, Hausarzt und sonstigen Vor- / Weiterbehandlern

Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. § 73 Abs. 1b SGB V - nur bzgl. gesetzlich krankenversicherter Patienten

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Vorbehandler und Weiterbehandler (ggf. sonstigen Behandler) zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Vorbehandler vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Mit der Datenübermittlung zwischen der UMG, dem Hausarzt und sonstigen Vor- / Weiterbehandlern bin ich einverstanden.

Ja
Nein

Meldungen an das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen (EKN) Meldungen an das Klinische Krebsregister Niedersachsen (KKN)

Das Gesetz über das Epidemiologische Krebsregister Niedersachsen (GEKN) und das Gesetz über das Klinische Krebsregister Niedersachsen (GKKN) verpflichten alle Ärzte, die eine Krebserkrankung oder einen gutartigen Hirntumor feststellen und behandeln, diese an die Vertrauensstelle des Epidemiologischen Krebsregisters (EKN) zu melden.

Die UMG arbeitet eng mit dem EKN und KKN zusammen und ist verpflichtet, diese Meldungen durchzuführen. Die Meldung umfasst Personendaten, das Diagnosedatum, die Diagnose, den histologischen Befund, das erkrankte Organ, das Erkrankungsstadium sowie die Diagnosemethode und ggf. weitere Angaben zur Therapie.

Die erkrankungsspezifischen Daten werden vom EKN und KKN in jedem Fall gespeichert, der Patient kann jedoch einer Speicherung seiner Personendaten jederzeit ganz oder teilweise widersprechen, bzw. seine diesbezügliche Einwilligung widerrufen. Werden die Einverständniserklärungen nicht erteilt oder widerrufen, so hat dies keine Auswirkungen auf die Behandlung in der UMG. Der Widerspruch ist an die Vertrauensstelle des EKN, Andreaestr.7, 30159 Hannover, oder die KKN mit Vertrauens- und Registerbereich Sutelstraße 2, 30659 Hannover, oder das UniversitätsKrebszentrum der UMG, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen zu richten.

Ausführliche Informationen können direkt bei der Vertrauensstelle des EKN (Tel.: 0511-4505-356; Andreaestr.7, 30159 Hannover), der KKN mit Vertrauens- und Registerbereich (Tel.: 0511 277897-0) sowie im UniversitätsKrebszentrum der UMG (ccc@med.uni-goettingen.de; Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen) angefordert werden.

Ich willige ein, dass bei Vorliegen einer Tumorerkrankung neben den erhobenen Befunden auch die Personendaten an die gemeinsame Datenannahmestelle der Vertrauensstelle des EKN und des Vertrauensbereichs des KKN übermittelt und dort für die notwendige Dauer verarbeitet / gespeichert werden.

Ja
Nein

Einwilligung in die Nutzung von Restmaterialien (Gewebe und Körperflüssigkeiten) und dazugehörige Daten für biomedizinische Forschungszwecke

Im Rahmen der geplanten Untersuchung an der UMG werden Ihnen eventuell Gewebe und Körperflüssigkeiten entnommen. Diese Entnahme hat nichts mit einer Organ-/Gewebe spende im Sinne des Transplantations- und Gewebegesetzes zu tun.

Im Anschluss an die Untersuchung bleibt oft Restmaterial übrig. Dieses ist für die Erforschung von Krankheiten und deren Behandlung von großer Bedeutung. Wir bitten Sie daher um Ihr Einverständnis, dass nicht mehr benötigte Restmaterialien und die dazugehörigen Daten in verschlüsselter Form für alle Arten von biomedizinischer Forschung genutzt werden dürfen. Mit Ihrer Einwilligung bewahren wir diese zeitlich unbegrenzt auf. Das Eigentum an Ihren Restmaterialien übertragen Sie mit Ihrer Unterschrift an die Universitätsmedizin Göttingen. Sie erheben in diesem Zusammenhang keine finanziellen oder persönlichen Ansprüche.

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Jedes Forschungsvorhaben, welches diese Restmaterialien und Daten nutzen möchte, wird vorab von einer unabhängigen Ethikkommission bewertet. Außerdem wird sichergestellt, dass eine Weitergabe Ihrer Restmaterialien und Daten an Dritte nur so erfolgt, dass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich ist.

Sie können Ihre erteilte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber der UMG Biobank (Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen; biobank@med.uni-goettingen.de) widerrufen. In diesem Fall werden die in der UMG Biobank lagernden Restmaterialien vernichtet. Wird die Einwilligung widerrufen oder nicht erteilt, so hat dies keine Auswirkungen auf Ihre Behandlung in der UMG.

Ich willige ein, dass Restmaterialien und die dazugehörigen Daten in verschlüsselter Form für alle biomedizinischen Forschungszwecke genutzt werden dürfen. Restmaterialien und Daten dürfen an Dritte weitergegeben werden, sofern ein Rückschluss auf meine Person nicht möglich ist.

Ja
Nein

In die Nutzung von Patientendaten aus der Versorgung für medizinische Forschungszwecke und die Lehre in der Medizin

Im Zusammenhang mit Ihrer medizinischen Behandlung werden personenbezogene Daten erhoben. Hierbei handelt es sich um die Dokumentation von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Erkenntnissen.

Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis, dass die vorgenannten Daten für alle Arten von Forschung und Lehre in der Medizin genutzt werden dürfen. Finanzielle oder sonstige Ansprüche erheben Sie in diesem Zusammenhang nicht.

Jedes Forschungsvorhaben wird vorab von einer unabhängigen Ethikkommission bewertet, wobei die Ethikkommission insbesondere auch die Belange der Patienten berücksichtigt. Ihre Daten werden ausschließlich nach einer positiven Bewertung der Ethikkommission zu Forschungszwecken genutzt.

Ihre erteilte Einwilligung können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber der UMG (Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen) widerrufen. In diesem Fall würden Ihre Patientendaten ab Zugang des Widerrufs nicht weiter zu Forschungszwecken und zur Lehre in der Medizin verwandt. Wird die Einwilligung widerrufen oder nicht erteilt, so hat dies keine Auswirkungen auf Ihre Behandlung in der UMG.

Ich willige ein, dass krankheitsbezogene Daten aus der Versorgung für alle medizinischen Forschungszwecke und für die medizinische Lehre genutzt werden dürfen. Daten dürfen an externe Institutionen weitergegeben werden, sofern ein Rückschluss auf meine Person durch Dritte ausgeschlossen ist.

Ja
Nein

Medikamentenversorgung während der ambulanten Behandlung in der UMG

Für den Fall, dass während meiner ambulanten Behandlung in den Räumlichkeiten der UMG die Einnahme oder die Gabe von Medikamenten erforderlich ist, erkläre ich mit meiner Unterschrift, dass diese von der krankenhauseigenen Apotheke der UMG direkt zur Verfügung gestellt werden sollen.

Hinweis: dieses betrifft nur den unmittelbaren Arzneimittelbedarf während der Behandlung oder Untersuchung in unseren Krankenhausräumen. Sämtliche Arzneimittel, die Ihnen zur persönlichen Einnahme zu Haus verordnet werden, erhalten Sie weiterhin in der niedergelassenen Apotheke Ihrer eigenen Wahl.

Belieferte Verordnungen rechnet die UMG selbst oder eine hiermit betraute Abrechnungsstelle zu den jeweils gesetzlich bestimmten Abrechnungspreisen gemäß geltender Arzneimittelpreisverordnung oder, im Falle mit Ihrer Versicherung vertraglich bestimmter Preise, zu den jeweils vereinbarten Beträgen ab. Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen bitten wir zu beachten, dass Sie bei Abgabe verschriebener Medikamente durch Apotheken gem. §61 SGB V zur Übernahme eines Eigenanteils verpflichtet sind. Falls Sie von dieser Zuzahlung befreit sind, ist es in diesem Zusammenhang von hoher Bedeutung, dass Sie uns dies vor der Behandlung anzeigen und im Rahmen der Aufnahme hierzu Ihren Befreiungsnachweis vorlegen. In allen anderen Fällen wird Ihnen die UMG selbst oder eine hiermit betraute Abrechnungsstelle die gesetzlich bestimmten Zuzahlungsbeträge in Rechnung stellen.

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Ihre Einwilligung ist freiwillig.

Sie haben als Alternative die Möglichkeit, sich sämtliche, zum Zwecke Ihrer ambulanten Behandlung oder Untersuchung im Krankenhaus, zu applizierenden Medikamente in eigener Verantwortung zu beschaffen und die erforderlichen Medikamente vollständig zu Ihrem Ambulanztermin in die UMG mitzubringen.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Aus einem etwaigen Widerruf ergeben sich für Sie keine Nachteile. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Belieferung und Abrechnung durch die Apotheke der UMG statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an die UMG. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Mit einer Belieferung von hier verbrauchten Medikamenten oder Materialien durch die Apotheke der UMG bin ich einverstanden. Ja
Nein

Auskunft an nahestehende Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass etwaige Anfragen nach meinem Verbleib durch mir nahestehende Personen, die mich in der UMG erreichen möchten, vom Pförtner bzw. Mitarbeitern der UMG, an mich weitergeleitet bzw. beantwortet werden dürfen.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Mit einer Beantwortung von Anfragen mir nahestehender Personen nach meinem Verbleib durch den Pförtner bzw. Mitarbeiter der UMG bin ich einverstanden. Ja
Nein

Fundraising (Info-Material, Spenden)

Ich bin damit einverstanden, dass die UMG meine personenbezogenen Daten (z. B. Adresse, Geburtsdatum, Geschlecht und Patientennummer) verwenden darf, um mir Informationen zu Gesundheits- und Forschungsthemen sowie zu aktuellen Spendenprojekten per Post zuzusenden.

Ich bin auch damit einverstanden, dass die technische Abwicklung über externe Dienstleister erfolgen kann, die den Datenschutzvorschriften in jeder Hinsicht verpflichtet sind. Eine Weitergabe meiner Daten an Dritte zu kommerziellen Zwecken ist ausgeschlossen.

Mir ist bekannt, dass die erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber der Geschäftsstelle Stiftung – Bereich Fundraising, Von-Bar-Str. 2/4, 37075 Göttingen; fundraising@med.uni-goettingen.de schriftlich widerrufen werden kann.

Mit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für das Fundraising bin ich einverstanden. Ja
Nein

Göttingen,
den _____

**Unterschrift des Patienten bzw. seines Vertreters
(bei minderjährigen Patienten des oder der Sorgeberechtigten)**