

	Datenschutz-Management-System	Revision Nr.1
	Ärztliche Schweigepflichtsentbindung IMPaKT	25.10.2024

Entbindung von ärztlicher Schweigepflicht IMPaKT

Personensorgeberechtigte/r 1, der*die von der Schweigepflicht entbindet:

(Vorname & Nachname)

(Postleitzahl & Ort)

(Straße)

Personensorgeberechtigte/r 2, der*die von der Schweigepflicht entbindet:

(Vorname & Nachname)

(Postleitzahl & Ort)

(Straße)

Betroffene Person (Kind), dessen Daten verarbeitet wurden:

(Vorname & Nachname)

Hiermit gestatte ich, dem/der folgenden für die medizinische Behandlung zuständigen schweigepflichtigen Arzt/Ärztin, meine bzw. die meines/unseres Kindes gespeicherten personenbezogenen Daten an die folgend genannten Stellen weiterzugeben. Insofern entbinde ich die schweigepflichtige Person von der Schweigepflicht als Arzt/Ärztin (§ 9 Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz) und als Berufsheimnisträger/in (§ 203 StGB). Das schließt Stellvertreter/innen, Funktionsnachfolger/innen und alle Personen ein, die an der beruflichen Tätigkeit der schweigepflichtigen Person mitwirken (§ 203 Abs. 3 StGB).

	Datenschutz-Management-System	Revision Nr.1
	Ärztliche Schweigepflichtsentbindung IMPaKT	25.10.2024

Behandelnder Arzt*Ärztin 1/Praxis:

(Vorname & Nachname)

Behandelnder Arzt*Ärztin 2/Klinik/Spezialambulanz/SPZ:

(Vorname & Nachname)

Empfänger der Daten:

Meine Daten dürfen an die nachfolgend gekennzeichneten Personen bzw. Stellen übermittelt werden, soweit das im Einzelfall erforderlich ist:

- Kinderpalliativteam Mainz _____
- Weitere Stellen _____

Umfang und Dauer der Einwilligung:

Meine Einwilligung bezieht sich ausschließlich auf die Daten, die durch den*die behandelnde/n Arzt*Ärztin verarbeitet werden und für die entsprechend gekennzeichneten Empfänger erforderlich sind.

Die Dauer der Schweigepflichtentbindung besteht bis zum Ende des Behandlungsverhältnisses oder bis zum Widerruf.

Dabei kann es sich um nachfolgend gekennzeichnete Kategorien von Daten handeln:

- Stammdaten (z.B. Name, Geburtsdatum)
- Adressdaten (z.B. Anschrift)
- Kontaktdaten (z.B. Telefonnummer)
- Gesundheitsdaten (z.B. medizinische Informationen, Symptomatik, Krankheitsverlauf)
- Daten zur Entwicklung und Verhalten (z.B. Portfolio Informationen)
- Weitere Daten

	Datenschutz-Management-System	Revision Nr.1
	Ärztliche Schweigepflichtsentbindung IMPaKT	25.10.2024

Einwilligung in die Datenübermittlung

Zugleich willige ich in die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten oder denen meines Kindes von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin an die/den oben genannten Empfänger für den genannten Zweck ein (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO i.V.m. Art. 7 DSGVO). Diese Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf besondere Kategorien personenbezogener Daten wie z.B. Gesundheitsdaten (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO). Eine Datenübermittlung in ein Land, das nicht der Europäischen Union (EU) oder der Europäischen Währungsunion (EWR) angehört, darf nur vorgenommen werden, wenn die Europäische Kommission beschlossen hat, dass das betreffende Land ein angemessenes Schutzniveau bietet (Art. 45 DSGVO).

Ich kann meine Einwilligung jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen. Dazu informiere ich die SAPV für Kinder und Jugendliche Mainz gGmbH per E-Mail unter kontakt@kinderpalliativteam-mainz.de oder informiere sie auf beliebigem anderem Weg.

Die SAPV für Kinder und Jugendliche Mainz gGmbH bestätigt mir meinen Widerruf in mindestens Textform.

Datum

Personensorgeberechtigte/r 1

Datum

Personensorgeberechtigte/r 2