

## Einwilligungserklärung zum Datenschutz im Klinikum Stuttgart

### Patient/in:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

### Betreuer(in)/Vormund/Erziehungsberechtigte(r): (falls zutreffend)

Name, Vorname:

Anschrift:

Die Einzelheiten zum Datenschutz (Verantwortlichkeiten, Zwecke der Datenverarbeitung, Zugriff auf und Empfänger Ihrer Daten, Speicherung, Sperrung und Löschung der Daten sowie rechtliche Grundlagen und Ihre Rechte) können Sie der zur Verfügung gestellten/aushängenden Informationsschrift „Patienteninformation zum Datenschutz“ entnehmen. Nach Kenntnisnahme und Gelegenheit zur Nachfrage erteilen Sie die folgenden Einwilligungserklärungen:

1. Datenübermittlungen zwischen überweisenden Fachärzten, Hausarzt, behandelnden Ärzten und Krankenhaus gem. Artikel 6 Abs. 1 lit. a, b, Artikel 9 Abs. 2 lit. a, h; Absatz 3, Absatz 4 DSGVO i.V.m. §73 Absatz 1b SGB V:

Hiermit bin ich damit einverstanden, dass das Klinikum Stuttgart, einschließlich aller ermächtigten Ärzte, Vertragsärzte und Chefärzte, die mich betreffenden Behandlungsdaten, medizinischen Bilddokumentationen und Befunde an meinen Hausarzt/weiterbehandelnden/mitbehandelnden Arzt zum Zwecke der Dokumentation/Weiterbehandlung/Mitbehandlung übermitteln und von meinem Hausarzt und von Vorbehandlern/Mitbehandlern, die mich betreffenden Behandlungsdaten, medizinischen Bilddokumentationen und Befunde, anfordern darf. Die Übermittlung der Behandlungsdaten, Befunde und medizinischen Bilddokumentationen dient dem Zweck der bestmöglichen Behandlung sowie der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation der Behandlungen bei meinem Haus-/weiterbehandelnden/mitbehandelnden Arzt. Zu diesem Zweck entbinde ich die Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

2. Datenübermittlungen zwischen dem Klinikum Stuttgart, einschließlich aller ermächtigten Ärzte und Chefärzte, und medizinischen Labore zur Durchführung labormedizinischer Untersuchungen gem. Art. 6, 9 DSGVO i.V.m. § 46 Absatz 1, Ziffer 1 Landeskrankenhausgesetz BW:

Hiermit bin ich einverstanden, dass die für labormedizinische Untersuchungen erforderlichen Daten an externe medizinische Labore übermittelt und von diesen verarbeitet werden, sofern diese die jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen und Vorschriften einhalten, insbesondere die damit verbundene Verpflichtung auf das Datengeheimnis.

Datenübermittlungen erfolgen zur Durchführung von labormedizinischen/radiologischen Untersuchungen regelmäßig an:

MVZ am Klinikum Stuttgart, Kriegsbergstr. 60, 70174 Stuttgart  
 MVZ Klinikum Ludwigsburg gGmbH, Posilipostraße 4, 71640 Ludwigsburg  
 Labor ENDERS, Rosenbergstraße 85, 70193 Stuttgart  
 MVZ Labor Dr. VOLKMANN, Kriegsstraße 99, 76133 Karlsruhe  
 SYNLAB MVZ Leinfelden-Echterdingen GmbH, Max-Lang-Straße 58, 70771 Leinfelden-Echterdingen  
 BIOSCIENTIA Institut für Medizinische Diagnostik, Mülhauser Str. 9, 79110 Freiburg im Breisgau  
 RADIOLOGIE Zentrum Stuttgart, Seelbergstraße 11, 70372 Stuttgart

Ferner werden im Einzelfall, soweit erforderlich, Daten an labormedizinische/radiologische Speziallabore übermittelt.

3. Verarbeitung von Daten durch das Klinikum Stuttgart, einschließlich aller ermächtigten Ärzte und Chefarzte, gem. Art. 6, 9, 17 DSGVO i.V.m. § 45 Landeskrankenhausgesetz BW:

Hiermit bin ich einverstanden, dass meine Daten, nach den Bestimmungen der derzeit gültigen DSGVO bzw. der einschlägigen Spezialgesetze, durch das Klinikum Stuttgart, einschließlich aller ermächtigten Ärzte, Vertragsärzte und Chefarzte, verarbeitet werden dürfen. Auf mein Verlangen sperrt das Klinikum im Rahmen der technischen Möglichkeiten die besonderen personenbezogenen Daten gem. Art. 17 Abs. 3 b und e, Art. 18 DSGVO. Diese Sperrung wird nur zur Abwendung von unmittelbarer Gefahr für mich, mit meiner Einwilligung, bei Geltendmachung von Rechtsansprüchen oder nach gesetzlichen Vorgaben aufgehoben, wobei ich von der Aufhebung unterrichtet werde. Nach Ablauf von 30 Jahren seit Behandlungsende oder nach den zeitlichen Vorgaben der einschlägigen, spezialgesetzlichen Regelungen werden die Daten im Rahmen der technischen Möglichkeiten gelöscht.

Die vorgehenden Einwilligungserklärungen habe ich gelesen und verstanden. Sie können mit Wirkung für die Zukunft jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum	Unterschrift Patient/Patientin bzw. gesetzliche Vertretung

4. Einwilligung in die Behandlung im Rahmen der ASV §116b SGB V

Ich wurde über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) aufgeklärt und möchte in der ASV behandelt werden. Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung freiwillig ist und ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum	Unterschrift Patient/Patientin

5. Übermittlung von Daten an das Krebsregister Baden-Württemberg im Falle einer Tumorerkrankung.

Die Behandlungsdaten (Identitätsdaten und medizinische Daten) zu onkologischen Erkrankungen werden aufgrund gesetzlicher Vorgaben (Meldepflicht) dem Baden-Württembergischen Krebsregister übermittelt und pseudonymisiert. Hinsichtlich der Einzelheiten dieser Weiterverarbeitung von Daten wird auf das ausliegende oder unter dem Link [https://www.klinikumstuttgart.de/fileadmin/mediapool/downloads/SCC/Krebsregister\\_BW\\_-\\_Patienteninformationsblatt.pdf](https://www.klinikumstuttgart.de/fileadmin/mediapool/downloads/SCC/Krebsregister_BW_-_Patienteninformationsblatt.pdf) abrufbare Patienteninformationsblatt des Krebsregisters BW verwiesen. Bei Fragen steht jederzeit der behandelnde Arzt zur Verfügung. Es besteht die Möglichkeit einer Weiterverarbeitung der Identitätsdaten zu widersprechen.

