

Teilnahme am Überleitungsprojekt SEAMAN (Süderelbe Entlassungs- und Aufnahme-Management) Hamburg

1. Erläuterung zum Gesundheitsnetz Hamburg

Im Rahmen der Gesundheitsversorgung nimmt der/die Patient/in _____ am Projekt SEAMAN teil.

Dem / Der Patienten/in wurde die Zusammenarbeit der behandelnden und betreuenden Ärzte, Pflegekräfte, -heime und Sozialdienste erläutert und der Grund für die Nutzung des Gesundheitsnetzwerks erklärt.

Dem / Der Patienten/in wurde erläutert, dass das Gesundheitsnetzwerk ein zentrales, elektronisches Register zur Erfassung aller für die Behandlung relevanten Daten und Berichte nutzt und die Dienstleistung der Datenspeicherung durch die Firma MediArch GmbH erfolgt.

2. Erläuterung zum Datenschutz

Die Wahrung des Datenschutzes durch die Firma MediArch GmbH wurde dem / der Patienten/in versichert, dass nämlich alle zum/r Patienten/in elektronisch erfassten Daten vertraulich behandelt und gesichert in ihrem Trust Center abgelegt werden. Es wurde erklärt, dass die Daten gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes behandelt werden. Dies umfasst insbesondere, dass Daten nicht an Dritte weitergegeben werden.

Alle darüber hinaus gehende Verfahren bedürfen der Zustimmung des/der Patient/in.

Der / Die Patient/in hat mit seiner/ihrer Unterschrift bestätigt die Aufklärung und die Erläuterungen verstanden zu haben.

3. Einverständnis-Erklärung

Der/Die Patient/in ist damit einverstanden, dass

- persönliche Daten zur eindeutigen Identifikation seiner/ihrer Daten elektronisch erfasst und gespeichert werden dürfen
- Bilder, Berichte und weitere medizinische Dokumente in diesem System gespeichert und den behandelnden Ärzten, Therapeuten o.ä. zur Verfügung gestellt werden dürfen

Der/Die Patient/in wurde darüber aufgeklärt, dass

- er/sie im Rahmen der Behandlung jederzeit erklären kann, ob ein Arzt, Therapeut o.ä. die Daten einsehen darf oder nicht
- einem Arzt, Therapeuten o.ä. jederzeit das Recht entzogen werden darf, Daten einzusehen
- er/sie jederzeit sein/ihr Einverständnis zurückziehen kann und die Daten dann aus dem Gesundheitsnetz gelöscht werden.

Mit ihrer Unterschrift hat der/die Patient/in erklärt, dass er/sie über alle relevanten Rahmenbedingungen aufgeklärt wurde und sie mit der Art der Datenhaltung und dem Verfahren der Einsichtnahme einverstanden ist.

Hamburg, den _____

(Unterschrift des/der aufklärenden Arztes / Ärztin / Pflegekraft / Sozialdienstes)