

Name und Vorname des/der Patient/in \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_, wohnhaft in: \_\_\_\_\_

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

### 1. Erläuterung zum Gesundheitsnetz Hamburg

Im Rahmen meiner Gesundheitsversorgung nehme ich am Projekt SEAMAN teil.

Dies ist eine Gruppe, die sich zum Ziel gesetzt hat durch intensive Kommunikation den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung und umgekehrt zu verbessern und daher eng zusammenarbeitet.

Die Gruppe setzt sich für mich persönlich aus meinem Hausarzt / meiner Hausärztin \_\_\_\_\_, dem Krankenhaus \_\_\_\_\_ und meinem Pflegedienst / Pflegeheim \_\_\_\_\_ zusammen, die mich gemeinsam behandeln und betreuen werden.

Um Informationen schneller austauschen und besser miteinander kommunizieren zu können, nutzt diese Gruppe das Gesundheitsnetz Hamburg. Das Gesundheitsnetz nutzt ein zentrales, elektronisches Register zur Ablage aller für die Behandlung relevanten Daten und Berichte. Die Dienstleistung der Datenspeicherung erfolgt durch die Firma MediArch GmbH.

### 2. Erläuterung zum Datenschutz

Die Firma MediArch GmbH versichert, dass alle zu mir elektronisch erfassten Daten vertraulich behandelt und gesichert in einem vertrauenswürdigen Zentrum (Trust Center) abgelegt werden. Die Daten werden gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes behandelt. Das bedeutet, dass meine Daten nur denjenigen zugänglich gemacht werden, die unmittelbar mit meiner Betreuung und Behandlung zu tun haben und die ich nicht vom Zugriff auf meine Daten, die bei anderen Beteiligten entstanden sind, ausgeschlossen habe.

An nicht beteiligte Dritte werden keine Daten weitergegeben.

Alle darüber hinaus gehende Verfahren bedürfen meiner ausdrücklichen Zustimmung.

### 3. Einverständnis-Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass

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

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass

- ich im Rahmen der Behandlung jederzeit erklären kann, ob ein Arzt, Therapeut o.ä. meine Akten einsehen darf oder nicht
- ich einem Arzt, Therapeuten o.ä. jederzeit das Recht entziehen darf, meine Daten einzusehen
- ich jederzeit die Löschung meiner Daten aus dem System beantragen kann

Ich habe die Erläuterungen zum Gesundheitsnetz und zum Datenschutz verstanden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich über alle relevanten Rahmenbedingungen aufgeklärt wurde und mit der Art der Datenhaltung, des Datenaustausches und dem Verfahren der Einsichtnahme einverstanden bin.

Diese Erklärung hat eine Gültigkeit von 12 Monaten, danach erlischt mein Einverständnis automatisch, wenn ich es nicht erneut erklärt habe.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der PatientIn)