

Name und Vorname des/der Patient/in _____

geb. am _____, wohnhaft in: _____

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

1. Erläuterung zum Gesundheitsnetz Hamburg

Im Rahmen meiner Gesundheitsversorgung nehme ich am Projekt SEAMAN teil.

Die Projektgruppe hat es sich zum Ziel gesetzt, den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung und umgekehrt zu verbessern und arbeitet daher eng zusammen.

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 zu können, ist diese Gruppe an ein Gesundheitsnetz angeschlossen. Das Gesundheitsnetz Hamburg nutzt ein elektronisches Verzeichnis zur Ablage aller für die Behandlung wichtigen Daten und Berichte. Die Dienstleistung der Datenspeicherung erfolgt durch die Firma MediArch GmbH.

2. Erläuterung zum Datenschutz

Alle zu meiner Person elektronisch erfassten Daten werden von der Firma MediArch GmbH 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 bei jeder Überleitung konkret festlege.

An nicht beteiligte Dritte werden keine Daten weitergegeben.

Alle darüber hinaus gehenden Verfahren bedürfen meiner ausdrücklichen Zustimmung.

3. Einverständnis-Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass

- meine persönlichen Daten im System gespeichert werden und ein Postfach für mich eingerichtet wird.
- Bilder, Berichte und weitere medizinische Dokumente in diesem System gespeichert und **VON MIR AUSZUWÄHLENDEN** behandelnden Ärzten, Therapeuten, Pflegenden o.ä. zur Verfügung gestellt werden.
- im Falle einer konkreten Überleitung von einer Einrichtung in die andere mit mir abgesprochen wird, wer von den behandelnden Ärzten, Therapeuten oder Pflegenden konkret informiert werden muss.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass

- die Überleitungsdokumente 30 Tage nach erfolgter Überleitung im Gesundheitsnetz gelöscht werden.
- 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 Gesundheitsnetz beantragen kann.

Ich habe die Erläuterungen zum Gesundheitsnetz und zum Datenschutz verstanden. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich am Überleitungsprojekt SEAMAN teilnehmen will und über alle relevanten Rahmenbedingungen aufgeklärt wurde und mit der Art der Datenhaltung, des Datenaustausches und dem Verfahren der Einsichtnahme einverstanden bin. Die Festlegung der Empfänger erfolgt jeweils bei der konkreten Überleitung.

Diese Erklärung hat eine Gültigkeit von 24 Monaten, danach erlischt mein Einverständnis automatisch, wenn ich es nicht erneut erklärt habe.

_____, den _____

(Unterschrift der PatientIn)

_____, den _____

(Unterschrift gesetzlicher Vertreter)