

## Liebe Patientin, lieber Patient,

Schweigepflicht und Datenschutz sind für uns sehr wichtig und werden von uns seit Jahren sorgfältig beachtet. Im Mai 2018 hat die EU aber eine besondere Datenschutzregelung für alle EU-Bürger erlassen, die sogenannte EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO). Wir setzen diese Verordnung selbstverständlich angemessen um – und haben dazu ein Aufklärungsschreiben für Sie erstellt, in dem Sie alle Details lesen können und halten diese Information für Sie zum Mitnehmen bereit.

Es ist in der Regel sinnvoll, dass wir Informationen aus der Behandlung hier auch weitergeben können, etwa an Ihre/n Hausärztin/Hausarzt oder weiterbehandelnde Kollegen. Solche Informationen, etwa als Arztbriefe, erteilen wir nur, wenn Sie uns dazu Ihre Zustimmung geben. Auch um intern, etwa bei einem Arztwechsel, eine angemessene Behandlung zu steuern, ist Ihre Zustimmung zur Datenweitergabe sinnvoll. Ihre Zustimmung zu einer Informationsweitergabe können Sie jederzeit widerrufen.

Die Zustimmung zu der Verwendung Ihrer Daten ist uns schon immer wichtig gewesen – aber nun sind wir verpflichtet, Sie dazu noch detaillierter zu befragen. Bitte geben Sie unten an, in welchem Umfang wir Ihre Daten verwenden dürfen. Alle Daten werden von uns im übrigen nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht – das müssen Sie nicht veranlassen.

## Erklärung

- Ja**, ich entbinde die behandelnden Ärzte / Psychologen im Neuropsychiatrischen Zentrum Hamburg Altona von der Schweigepflicht bis zum ausdrücklichen Widerruf gegenüber

**(Wenn Sie zustimmen, benötigen wir den Namen und die Anschrift Ihrer zuständigen Hausärztin/ Ihres zuständigen Hausarztes oder einer anderen Ärztin/eines anderen Arztes)**

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

- Nein**, ich möchte nicht, dass die Details meiner Behandlung im Neuropsychiatrischen Zentrum Hamburg Altona an Ärzte/ Psychologen außerhalb des NPZ weitergegeben werden und verweigere die Entbindung von der Schweigepflicht

**Ich habe zur Kenntnis genommen**, dass innerhalb des NPZ eine Behandlung koordiniert auch durch verschiedene Ärzte/ Psychologen erfolgen kann und stimme der gemeinsamen Nutzung meiner Patientenkartei durch alle mich behandelnden Ärzte/ Psychologen im NPZ zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Zustimmung ausdrücklich im Einzelfall schriftlich widerrufen muss.

**Ich habe zur Kenntnis genommen**, dass meine Telefonnummer für Terminabsprachen und wichtige Befundmitteilungen genutzt wird. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass das NPZ, wenn ich dies nicht wünsche, keine Telefonnummer von mir speichert und ich dann telefonisch, etwa für dringende Informationen, für das NPZ nicht erreichbar bin. Daraus resultierende Nachteile trage ich allein und stelle das NPZ ausdrücklich frei von der Verantwortung.

- Ich stimme der Verwendung meiner Telefonnummer und/oder E-Mail-Adresse für Informationen und Hinweise aus dem NPZ zu. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass meine Daten ausschließlich für diese Zwecke verwendet werden und keine Datenweitergabe an unbefugte Dritte, etwa für Werbung etc. erfolgt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift