



Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Universitätsklinikum Würzburg
Verwaltung des Klinikums
Abteilung 3.3: Patientenservice / Medizincontrolling
Josef-Schneider-Str. 2 – Haus D2
D – 97080 Würzburg

Einwilligungserklärung Datenschutz

Datenübermittlung an den weiterbehandelnden Arzt / Hausarzt / Konsilarzt und dem UKW nach § 73 Abs. 1b SGB V:

Ich willige ein, dass das UKW die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Arzt/Hausarzt/Konsilarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Arzt.

ja nein

Ferner willige ich ein, dass das UKW die bei meinem Arzt/ Hausarzt/ Konsilarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem UKW, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Arztes zu erhalten. Das UKW wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

ja nein

Ein-/Überweiser

Name und Anschrift Hausarzt

Ein-/Überweiser

Name und Anschrift Facharzt oder sonstiger Leistungserbringer

Ein-/Überweiser

Name und Anschrift Facharzt oder sonstiger Leistungserbringer

Einwilligung in die Datenübermittlung per Telefax

Das UKW bietet als Service gerne auf Anforderung eine Übermittlung der Befunde und Behandlungsdaten an den weiterbehandelnden Arzt / Hausarzt oder sonstige Leistungserbringer per Telefax an. Bei aller Sorgfalt ist eine fehlerhafte Übermittlung per Fax jedoch nicht immer auszuschließen, ebenso eine Einsichtnahme durch unbefugte Dritte.

Ich stimme dem Versand meiner Befunde und Behandlungsdaten per Fax zu und entbinde das UKW und die dort tätigen Personen für den Faxversand von der Schweigepflicht.

ja nein

Auskunft über meinen Aufenthalt (nur bei stationärem Aufenthalt erforderlich)

Ich willige ein, dass über die Pforten bzw. Telefonzentrale Auskunft über meinen Aufenthalt im Universitätsklinikum Würzburg (UKW), meine Zimmernummer sowie meine Patiententelefonnummer an Angehörige und sonstige Dritte erteilt wird.

ja nein

Diese Einwilligungen können ganz oder teilweise jederzeit ohne Angaben von Gründen gegenüber dem UKW widerrufen werden. Das bedeutet, dass Sie beispielsweise nur die Einwilligung zur Datenübermittlung an Ihren Hausarzt widerrufen können, die anderen Einwilligungen aber fortbestehen. Ein eventueller Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem er ausgesprochen wird. Ab diesem Zeitpunkt erteilen z.B. die Pforten bzw. die Telefonzentrale keine Auskunft mehr über Ihren Krankenhausaufenthalt. Der Widerruf hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten
	Unterschrift <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> gesetzl. Vertreter <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor / <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	(Name in Druckbuchstaben)