

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
Freiburg Zentrum für Seltene Erkrankungen · Hugstetter Str. 55 · 79106 Freiburg

Zentrumsleitung
Dr. Katalin Komlosi

Ärztliche Lotsin
Dr. L. Houet

Nichtärztliche Lotsin:
E. Genz

Kontakt:
Telefon 0761 270-77030
Email fzse@uniklinik-freiburg.de
Internet www.uniklinik-freiburg.de/fzse

Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

Name, Vorname, Geb. Datum der Patientin, des Patienten

Anschrift:

Im Rahmen Ihrer Fallbearbeitung, Behandlung und Versorgung ist es erforderlich, personenbezogene und medizinische Daten über Ihre Person zu verarbeiten. Da die Vorgänge sowohl innerhalb unseres Krankenhauses als auch im Zusammenspiel mit weiteren an Ihrer Behandlung beteiligten Personen/Institutionen des Gesundheitswesens nicht leicht zu überblicken sind, haben wir für Sie die entsprechenden Informationen zum Download auf der Homepage des FZSE bereitgestellt.

Ich habe die Informationen zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz am Universitätsklinikum Freiburg zur Kenntnis genommen. Ich willige ein, dass die Kontaktstelle des FZSE am Universitätsklinikum Freiburg Gesundheitsdaten zu meiner Person verarbeitet, soweit dies zur Koordination der Anfrage / Fallbearbeitung erforderlich ist.

Ich willige ein, dass die Kontaktstelle des FZSE Ärzte aus den Fachzentren des FZSE, sowie weitere Experten des Universitätsklinikums und im Bedarfsfall überregionale Fachexperten kontaktiert und - soweit erforderlich – die notwendigen medizinischen Vorbefunde zur Einsicht für mögliche interdisziplinäre Fallbesprechungen / Fallkonferenzen zur Verfügung stellt.

Für spezielle Fragestellungen ist ggf. der **Befund einer genetischen Diagnostik** ausschlaggebend für Ihre behandelnden Ärzte. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, diesen Befund ausgewiesenen Fachexperten zugänglich zu machen für eine Besprechung i.R. einer Fallkonferenz.

Einverständniserklärung des Patienten:

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass falls erforderlich medizinische Befunde aus Vorbehandlungen von meinen behandelnden Ärzten / Psychotherapeuten angefordert werden dürfen
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass der anmeldende Arzt / weiterbehandelnde Ärzte über die erhobenen Befunde (z.B. via Arztbericht) informiert wird
- ☐ Ich willige ein, dass genetische Befunde in der Patientenakte des FZSE gespeichert werden dürfen, um diese mit den Experten des FZSE oder externen ZSE für eine mögliche Befundbesprechung / Fallbesprechung zu teilen.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig, sie kann jederzeit ohne Angaben von Gründen an o.a. Adresse widerrufen werden. Im Widerrufsfall gilt dieser allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem ich diesen ausspreche. Er hat keine Rückwirkung. Die Verwaltung meiner Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datum, Unterschrift Patient / Patientin _____