

EINWILLIGUNG IN DIE BEREITSTELLUNG VON BEHANDLUNGSDATEN UND BEFUNDEN ÜBER DIE TELEMEDIZINISCHE PLATTFORM HEALTH HARBOR HAMBURG

Bereitstellung von Behandlungsdaten und Befunden über die telemedizinische Plattform Health Harbor Hamburg

Die telemedizinische Plattform *Health Harbor Hamburg* („H³-Plattform“) ist eine telemedizinische Plattform, die den sicheren Austausch von Behandlungsdaten und Befunden von Patienten zwischen den am H³-Projekt teilnehmenden medizinischen Einrichtungen („Teilnehmende H³-Einrichtung“) ermöglicht. Die H³-Plattform wird von einem anerkannten IT-Dienstleister mit Sitz in Deutschland betrieben.

Mit Ihrer Einwilligung ist ein Zugriff auf folgende, im Rahmen Ihrer Behandlung bei uns, erhobenen Daten durch Teilnehmende H³-Einrichtungen möglich:

- Patientenstammdaten,
- Bilddaten und Befunde aus der bildgebenden Diagnostik,
- Arztberichte

sofern Sie zu einem späteren Zeitpunkt in einer Teilnehmenden H³-Einrichtung zum Zwecke einer Weiterbehandlung vorstellig werden und es erforderlich ist, dass der weiterbehandelnde Arzt Einblick in die vorgenannten Daten nimmt. Auf diese Weise kann auf Ihre Daten sicher und ohne Verzögerung im Rahmen der Weiterbehandlung zugegriffen werden.

Die Möglichkeit des Abrufs Ihrer Daten über die H³-Plattform erfolgt für 5 Jahre ab Erteilung der Einwilligung. Damit Sie auch darüber hinaus von einer bestmöglichen medizinischen Versorgung profitieren, beginnt der 5-Jahres-Zeitraum erneut, wenn Sie innerhalb dieses Zeitraums ein weiteres Mal in einer Teilnehmenden H³-Einrichtung behandelt werden und Sie in die Bereitstellung Ihrer Daten über die H³-Plattform einwilligen.

Das Zugriffsrecht der weiterbehandelnden Ärzte der Teilnehmenden H³-Einrichtungen besteht jeweils für die Dauer der Behandlung sowie die darauffolgenden 30 Tage.

EINWILLIGUNG

Ich wünsche, dass das Krankenhaus die mich betreffenden oben aufgeführten Behandlungsdaten und Befunde **über die H³-Plattform weiterbehandelnden Ärzten von Teilnehmenden H³-Einrichtungen bereitstellt, sofern und soweit dies für die Weiterbehandlung erforderlich ist.**

☐ Ja ☐ Nein

Sie können diese Einwilligung uns gegenüber jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und ohne Angabe von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen hierdurch Nachteile entstehen. Der Widerruf kann persönlich (während Ihres Aufenthaltes bei uns) oder schriftlich erfolgen.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Ort, Datum

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Nachname, Vorname des Patienten

x _____

Unterschrift des Patienten

Sie erteilen die Einwilligung für eine(n) minderjährige(n) Patientin oder Patienten. Beide Elternteile sind sorgeberechtigt und nur ein Elternteil ist anwesend? Dann bitte durch Ankreuzen bestätigen:

☐ Ich erkläre hiermit in meiner Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter, zur alleinigen Einwilligungserteilung in die Bereitstellung von Behandlungsdaten und Befunden unseres Kindes an Teilnehmende H³-Einrichtungen über die H³-Plattform von dem abwesenden sorgeberechtigten Elternteil berechtigt zu sein.

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Ort, Datum

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Nachname, Vorname des Vertreters

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.
Anschrift des Vertreters

x _____

Unterschrift des Vertreters