



# GYNVELEN · GYMNÜNSTER

PRAXIS UND KLINIK FÜR OPERATIVE GYNÄKOLOGIE

J. C. van Vlijmen · Dr. med. K. Waldmann

Dr. med. A. Noldes · S. Heinemann · Dr. med. M. Oenning

I. Schmeken · L. Scheringa-Seinen · D. Hallermann-Hoedt

Fachärzte für Frauenheilkunde – ambulante und kurzstationäre Operationen

## Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der beiliegenden Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

Da es für die u. g. Empfänger keine gesetzliche Erlaubnis der Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten gibt, benötigen wir Ihr Einverständnis.

### Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten:

Wenn Ihr **mitbehandelnder Arzt/Ärztin und ggf. Ihr zuweisender Frauenarzt/Frauenärztin** einen Befundbericht erhalten soll, tragen Sie hier bitte den Praxisnamen ein:

Zuweiserin/Zuweiser (Frauenarzt): \_\_\_\_\_

Kinderwunschpraxis/-Klinik: \_\_\_\_\_

Mitbehandelnde/r Ärztin/Arzt (**Hausarzt**): \_\_\_\_\_

### **mit uns kooperierende Einrichtungen\***

Privatklinik Velen GbR, Ignatiusstr. 12, 46342 Velen

Anästhesiepraxis Erich Robert, Ignatiusstr. 8, 46342 Velen

Institut für Pathologie am Clemenshospital

Auftragslaboratorien

Zytologielabor

Landeskrebsregister NRW

\*Die genauen Anschriften sind an der Anmeldung zu erfragen.

### **Tumorkonferenz/Dysplasiekonferenz**

Interdisziplinäre Tumorkonferenz im St. Franziskushospital, Hohenzollernring 70, 48145 Münster – zertifiziert durch das DKG

**Erstellung und Verwendung von Befundbildern und -videos** zur Dokumentation in Ihrer Patientenakte, sowie zur anonymisierten Nutzung in wissenschaftlichen Arbeiten.

### **Aufbewahrung**

Ich bin mit der Aufbewahrung über die gesetzliche Mindestaufbewahrung hinaus einverstanden.

Hiermit entbinde ich (**Patientenname**) \_\_\_\_\_

die Praxis GYNVELEN von der gesetzlichen Schweigepflicht und erteile GYNVELEN die Vollmacht, die personenbezogenen Gesundheitsdaten für die bei mir durchgeführte Behandlung an die o.g. Gesundheitseinrichtungen weiterzuleiten. Die sonstigen Datenschutzregelungen werden eingehalten. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Velen, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Patienten Unterschrift/Eltern/Betreuer