Schutzbereich 3
V-Nr. 100662109 S

Umgang mit Patientendaten im BundeswehrZentralkrankenhaus Koblenz

Teil I – Informationen und Datenschutzhinweise

Sehr geehrte Kameradinnen und Kameraden,

Sie wurden zur weiteren Untersuchung, Behandlung und/oder Begutachtung in das BundeswehrZentralkrankenhaus Koblenz (BwZKrhs Koblenz) überwiesen.

Ein moderner Krankenhausbetrieb setzt die digitale Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten voraus. Dies wird einerseits erforderlich, um die immer größer und komplexer werdende Menge an wichtigen Informationen den behandelnden Fachabteilungen und Spezialistinnen bzw. Spezialisten schnell und sicher zur Verfügung stellen zu können. Anderseits können und dürfen aus Gründen der Patientensicherheit bestimmte Untersuchungen und Verfahren nur mit eindeutig personenbeziehbaren Angaben durchgeführt werden.

Dabei werden Daten zum Zweck der Gesundheitsversorgung und deren Verbesserung, der Leistungserfassung, der Fachaufsicht, des Qualitätsmanagements sowie zur Bereitstellung nicht-medizinischer Dienstleistungen verarbeitet. Jede beteiligte Person erhält nur diejenigen Daten, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgabe unbedingt benötigt.

Medizinische Daten im Zusammenhang mit Ihrem Namen (personenbezogene Daten) werden beispielweise nur aktiv gegenüber Personen freigegeben, die unmittelbar an Ihrer Behandlung beteiligt sind. Das sind in aller Regel Ärztinnen bzw. Ärzte und Pflegekräfte Ihrer behandelnden Fachabteilung, hinzugezogene Therapeutinnen und Therapeuten, die Beschäftigte im Labor, in der Röntgenabteilung und in der Apotheke, aber auch Spezialistinnen und Spezialisten außerhalb der Sie behandelnden Fachabteilung. Hierzu werden wir Sie im Bedarfsfall gesondert informieren.

Mit Abschluss Ihrer Behandlung übersenden wir Ihrer zuständigen Truppenärztin bzw. Ihrem zuständigen Truppenarzt einen Bericht mit relevanten Unterlagen über den Krankenhausaufenthalt zur Vervollständigung Ihrer Gesundheitsunterlagen.

Die meisten Versorgungs- und Serviceleistungen unserer Einrichtung können Ihnen auf der Basis pseudonymisierter Daten zur Verfügung gestellt werden (z. B. die Bereitstellung von Mahlzeiten). Unsere EDV-Anlagen, die eingesetzte Software und die elektronischen Archive werden auch durch externe Dienstleister betrieben und gewartet. Einzelheiten hierzu können Sie der Anlage D „Liste beteiligter Personen, Stellen, Dienstleister und Dritter“ entnehmen.

Alle genannten Stellen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die uns anvertrauten Daten und Informationen werden sowohl durch die berufsbezogene Schweigepflicht als auch strafrechtlich geschützt. Einzelheiten dazu, wie die über Sie erhobenen Daten verwendet werden, welche Angaben davon im konkreten Einzelfall wie betroffen sind und welche Kontaktstellen Ihnen zur Verfügung stehen, können Sie den Anlagen[1] entnehmen.

Ihre Rechte als betroffene Person bzgl. Ihrer personenbezogenen Daten

- Auskunftsrecht gemäß Art. 15 DSGVO
- Recht auf Berichtigung gemäß Art. 16 DSGVO
- Recht auf Löschung gemäß Art. 17 DSGVO
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gemäß Art. 18 DSGVO
- Recht auf Datenübertragbarkeit gemäß Art. 20 DSGVO
- Widerspruchsrecht gemäß Art. 21 DSGVO
- Recht auf Widerruf einer Einwilligung gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO
- Recht auf nicht-automatisierte Entscheidungsfindung gemäß Art. 22 DSGVO
- Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde gemäß Art. 77 DSGVO i. V. m. § 19 BDSG

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die vorstehenden Ausführungen zur Kenntnis genommen haben und in die beschriebene Datenverarbeitung, sofern hierzu keine anderweitige Rechtsgrundlage als die Ihrer ausdrücklichen Einwilligung vorliegt, einwilligen.

Ort und Datum	Unterschrift Patientin bzw. Patient, bei Minderjährigen[2]: des bzw. der Sorgeberechtigten oder der gesetzlichen Vertretung

[1] Anlage A Datenschutzrechtlich relevante Kontaktstellen; Anlage B Datenübermittlung an externe Stellen auf RBasis spezialgesetzlicher Regelungen, Anlage C Aufbewahrungszeiträume für medizinische Daten und Anlage D Liste beteiligter Personen, Stellen, Dienstleister und Dritter

[2] Bei der Einwilligung / Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger kommt es maßgeblich auf die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit hinsichtlich der Notwendigkeit und Tragweite der medizinischen Behandlung und der Fähigkeit, die Konsequenzen der Verwendung ihrer Daten zu übersehen, an. Bestehen hierüber Zweifel, sollten sowohl die Minderjährigen als auch die Sorgeberechtigten bzw. gesetzlichen Vertreter unterschreiben.

Teil II
Besondere Einwilligungen im Rahmen der administrativen Aufnahme

Um Sie darüber zu informieren, dass wir zu den vorgenannten Zwecken Daten über Ihre Person (u. a. Gesundheitsdaten) verarbeiten und den Behandelnden im erforderlichen Umfang zur Verfügung stellen, haben wir Ihnen den vorstehenden Datenschutzhinweis zur Kenntnis gebracht.

In darüber hinausgehenden Fällen ist Ihre Einwilligung erforderlich, um Ihre Daten an Dritte weitergeben zu dürfen.

Auskunft über die Anwesenheit im Krankenhaus durch die Pforte

Ich willige ein, dass die Krankenhausvermittlung meinen Aufenthaltsort (Station, Zimmer, Telefonnummer) gegenüber Besucherinnen und Besuchern und Anrufenden auf Anfrage bekannt geben dürfen.

Bitte ankreuzen! Ja ☐ Nein ☐

Überprüfung von Patientensicherheit, Behandlungs- und Qualitätsstandards

Ich willige ein, dass im Rahmen von Stichprobenprüfungen durch externes medizinisches Fachpersonal Einsicht in meine Behandlungsdokumentation genommen wird, um so die Einhaltung der Patientensicherheit, der Behandlungsqualität sowie der durch gesetzliche Instanzen, Kostenträger und Fachgesellschaften festgelegten Qualitätsstandards an Hand von konkreten Einzelfällen zu überprüfen. In den hierbei angefertigten Auswertungen dürfen keine Rückschlüsse auf einzelne Patientinnen oder Patienten gemacht werden.

Bitte ankreuzen! Ja ☐ Nein ☐

Interne Qualitätssicherung

Ich willige ein, dass meine für die medizinische Behandlung erhobene persönliche Anschrift zu Zwecken der Qualitätssicherung in Form von Patientenbefragungen durch das BwZKrhs Koblenz oder externe Auftragnehmer (z. B. poststationäre Befragung) und persönlich auf mich zugeschnittener Patienteninformation durch das BwZKrhs Koblenz genutzt werden kann.

Bitte ankreuzen! Ja ☐ Nein ☐

Mitteilungen zum Zweck einer seelsorgerischen Betreuung

Ich willige ein, dass mein Aufenthaltsort (Station und Zimmer) gegenüber den für das BwZKrhs Koblenz tätigen Geistlichen der jeweiligen Konfessionen sowie anderer Glaubensgemeinschaften bzw. deren Beschäftigten bekanntgegeben werden darf.

Bitte ankreuzen! Ja ☐ Nein ☐

Auskunft gegenüber Angehörigen, Bekannten oder Dritten

Im Verlauf bestimmter Erkrankungen, aber auch in Folge einzelner medizinischer Maßnahmen (z. B. nach einer Narkose) kann es dazu kommen, dass phasenweise die Wachheit oder Auffassungsgabe so stark eingeschränkt werden, dass eine regelhafte Kommunikation nicht mehr möglich ist.
Für diese Fälle – aber auch grundsätzlich – können Sie die Gelegenheit nutzen, uns Ansprechpersonen zu benennen, gegenüber denen wir in medizinischen und organisatorischen Belangen Auskünfte erteilen dürfen.
Die Namen dieser Personen tragen Sie bitte in die folgenden Zeilen ein:

_____

_____

_____

_____

Mir wurde Gelegenheit zur Einsichtnahme und/oder Mitnahme der Anlagen A bis D sowie der Hausliste zu Anlage D gegeben. Die o. g. Einwilligungen werden Bestandteil der Behandlungsdokumentation.

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

Ort und Datum	Unterschrift Patientin bzw. Patient, bei Minderjährigen[3]: des bzw. der Sorgeberechtigten oder der gesetzlichen Vertretung

[3] Bei der Einwilligung / Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger kommt es maßgeblich auf die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit hinsichtlich der Notwendigkeit und Tragweite der medizinischen Behandlung und der Fähigkeit, die Konsequenzen der Verwendung ihrer Daten zu übersehen, an. Bestehen hierüber Zweifel, sollten sowohl die Minderjährigen als auch die Sorgeberechtigten bzw. gesetzlichen Vertreter unterschreiben.