

## **Einwilligung Einsicht der Gesundheitsdaten für das Beschwerdemanagement**

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

aus datenschutzrechtlichen Gründen sowie aufgrund der rechtlichen Schweigepflicht, dürfen wir ohne eine Einwilligung Ihre gemeldeten Beschwerden nicht bearbeiten.

Hierzu kann es erforderlich sein, Informationen aus Ihren Gesundheitsdaten einzuholen. Um diese einsehen zu können, benötigen wir eine schriftliche Genehmigung.

### Einwilligung

Hiermit willige ich ein,

dass zur Bearbeitung meiner Beschwerde der Beschwerdebeauftragte meine Patientenakte und gleichzeitig meine Gesundheitsdaten einsehen darf, um sich alle nötigen Informationen einholen zu können.

Ja             Nein

### Schweigepflichtentbindung für Ärzte und Ärztinnen sowie Mitarbeitende

Beschwerden von Angehörigen oder sonstige Vertrauenspersonen des Patienten können nur beantwortet werden, wenn eine Einwilligung bzw. Schweigepflichtenentbindung des Versicherten vorliegt.

Ich bin damit einverstanden, dass Herr/Frau

\_\_\_\_\_ Name, Vorname (Beschwerdeführer)

\_\_\_\_\_ Anschrift

umfänglich Auskunft zu meinem Gesundheitszustand und allen sonstigen bei der Klinik gespeicherten Daten erhält.

### Widerrufsbelehrung

Ich wurde darüber belehrt, dass ich die erteilte Einwilligung zur Einsicht meiner Gesundheitsdaten für das Beschwerdemanagement jederzeit schriftlich und ohne Angabe von Gründen widerrufen darf. Durch einen Widerruf wird der Anspruch der verarbeiteten Gesundheitsdaten vor dem Widerruf nicht berührt.

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des Patienten/Patientin