

**Заявление о согласии на сбор, использование и
передачу персональных данных**

Этикетка пациента

Дорогие пациенты,

чтобы гарантировать вам наилучшее лечение, необходимо проконсультироваться с другими специалистами, напр. в рамках междисциплинарных конференций или для получения второго мнения. Кроме того, может потребоваться передать ваши данные врачу с целью совместного и дальнейшего лечения или последующего ухода.

Как медицинское учреждение мы обязаны предоставлять документацию. При отборе пробов или проведении хирургических вмешательств для документации (прослеживаемость) и обеспечения качества имеет смысл делать записи (фото, видео) измененной ткани (операционного поля).

Мы хотели бы регулярно связываться с вами по поводу дальнейшего развития вашего здоровья. Собранные данные используются исключительно для обеспечения качества проводимых обследований, лечения или для клинических исследований. Данные / материалы используются только в контексте клинических исследований в псевдонимизированной форме (без указания имени).

Ваше согласие в соответствии со статьями 6, 7 и 8 GDPR (Общие правила защиты данных) необходимо для сбора и передачи ваших личных данных. Данные могут использоваться только в рамках предполагаемой цели и положений GDPR и BDSG (Федеральный закон о защите данных).

Ваши личные данные включают:

- Основные данные (имя, фамилия, титул, адрес, дата рождения)
- Контактная информация (номер телефона (стационарный и / или мобильный), адрес электронной почты, номер факса)
- Социальные данные (медицинское страхование, страховой статус)
- Лечащий или направляющий врач
- при необходимости - записи (фото, видео) измененной ткани (операционного поля)

К особым категориям персональных данных относятся:

- Данные о здоровье (состояние здоровья, история болезни)
- При необходимости дополнительная, необходимая информация для лечения (например, семейное положение, дети, желание иметь детей)

Информация о вашем праве на возражение в соответствии со статьей 21 GDPR

По причинам, вытекающим из вашей конкретной ситуации, вы имеете право в любое время возразить против обработки ваших персональных данных, который осуществляется на основании пункта 1 статьи 6 лит. f GDPR (обработка для защиты законных интересов ответственного органа или третьей стороны).

Если вы возражаете, мы больше не будем обрабатывать ваши личные данные, если мы не можем предоставить убедительные причины для обработки, которые достойны защиты и перевешивают ваши интересы, права и свободы, или если обработка не служит для утверждения, исполнения или защиты юридических требований.

**Заявление о согласии на сбор, использование и
передачу персональных данных**

**Своей подписью я заявляю о своем согласии на сбор, использование и
передачу персональных данных для следующих целей:**

*Пожалуйста, отметьте соответствующий квадратик. (Если у вас есть какие-либо
вопросы, пожалуйста, свяжитесь с нами.)*

Дальнейшее лечение, последующий уход и совместное лечение (напр. направляющий врач или врач другой специальности)	☐ Я согласен	☐ Я <u>не</u> согласен
Консультации / второе мнение для обеспечения качества вашего лечения (например, междисциплинарные конференции для создания оптимального плана лечения)	☐ Я согласен	☐ Я <u>не</u> согласен
Записи (фото / видео) измененной ткани для документации и обеспечения качества (например, для отбора проб и хирургических вмешательств)	☐ Я согласен	☐ Я <u>не</u> согласен
Установление контакта для обеспечения качества наших процессов в Практисе и лечения, которое вы получили (например, посредством анкетирования))	☐ Я согласен	☐ Я <u>не</u> согласен
Установление контакта и / или использование материалов / данных для клинических исследований (как правило, только в псевдонимизированной форме)	☐ Я согласен	☐ Я <u>не</u> согласен

**Согласие основано на моем добровольном решении и распространяется также
на лечение в будущем. Я знаю, что могу отозвать это согласие в любое время.**

Имя: _____

Место и дата

Подпись

В случае несовершеннолетних нам нужны подписи всех законных представителей ***

Имена: _____

Место и дата

Подписи ***

*** Если подписывается только один законный представитель, законный представитель обязуется
иметь единоличную опеку или действовать от имени другого уполномоченного родителя.

Печать праксиса

Этот документ хранится в цифровой форме в карточке пациента.