

Datenübermittlung
zwischen der Krebsberatungsstelle
und Hausärzten*, sonstigen Behandlern und Einrichtungen

(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO und Entbindung von der Schweigepflicht nach § 203 StGB)

Die Krebsberatungsstelle der Rems-Murr-Kliniken gGmbH (nachfolgend „Krebsberatungsstelle“) bietet Patienten und deren Angehörigen Unterstützung im Wege der Psychologischen Beratung und Sozialberatung an. Für die Ausübung dieser Tätigkeit kann es erforderlich sein, personenbezogene Daten an Hausärzte, sonstige Behandler und Einrichtungen zu übermitteln und/oder von Hausärzten, sonstigen Behandlern und Einrichtungen anzufordern.

Vorname, Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Krebsberatungsstelle

- die für meine Beratung erforderlichen personenbezogenen Daten speichert;
- die für meine Beratung erforderlichen personenbezogenen Daten an die nachstehend aufgeführten Hausärzte, sonstigen Behandler und Einrichtungen übermittelt;
- die für meine Beratung erforderlichen personenbezogenen Daten von den nachstehend aufgeführten Hausärzten, sonstigen Behandlern und Einrichtungen anfordert.

Die Krebsberatungsstelle wird die Daten nur zu den genannten Zwecken verarbeiten.

Meine Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auf besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Art. 9 Abs. 1 DS-GVO, insbesondere meine Gesundheitsdaten.

Soweit meine Daten der Schweigepflicht des § 203 StGB unterliegen, entbinde ich die in dieser Einwilligungserklärung Genannten zudem von der Schweigepflicht.

Diese Erklärung gilt für die in der Krebsberatungsstelle tätigen Mitarbeitenden sowie die Mitarbeitenden meiner folgenden Behandler und Einrichtungen:

Krebsberatungsstelle: _____

Meine Behandler sind:

1. Hausarzt: _____

2. Sonstige Behandler: _____

* Gendergerechtigkeit ist in der Rems-Murr-Kliniken gGmbH gelebte Praxis. Bei Themenauswahl, Textformulierungen und Gestaltung sind alle gemeint.

Meine Einrichtungen sind:

1. Krankenkasse: _____

2. Rehabilitationseinrichtung: _____

3. Rentenversicherungsträger: _____

4. Versorgungsamt: _____

5. Sonstige Einrichtungen: _____

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass die Krebsberatungsstelle

 meine Adresse verwendet, um mir zum Zwecke der Qualitätssicherung und Zufriedenheitsermittlung einen Fragebogen per Post oder E-Mail zuzusenden. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig und erfolgt anonym.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Einwilligung ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Krebsberatungsstelle und o.g. Behandlern und Einrichtungen statt. Eine Widerrufserklärung ist an die Rems-Murr-Kliniken gGmbH, Krebsberatungsstelle, Am Jakobsweg 3, 71364 Winnenden zu richten. Ich weiß, dass mein Widerruf erst ab dem Zeitpunkt gilt, zu dem meine Widerrufserklärung zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

(Ort, Datum)_____
(Unterschrift)