

Schweigepflichtentbindung

Bitte ausfüllen, unterschreiben und

am Tag Ihrer Untersuchung mitbringen.

an den Landkreis Goslar, Fachdienst Gesundheitsamt, Klubgartenstraße 10, 38640 Goslar
oder per Fax an: 05321 7699 872 zurücksenden.

Vorgang

Name, Vorname:

Geboren am:

Wohnort

(Postleitzahl, Ort, Straße Hausnummer)

Erklärung zur Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Der Landkreis Goslar – Fachdienst Gesundheitsamt (dies sind beispielsweise die dort tätigen Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen und -ärzte und die beauftragten externen Zusatzgutachter und -gutachterinnen) benötigen zur Bearbeitung des in dieser von Ihnen zu unterschreibenden Erklärung genau bezeichneten Vorganges Ihre Entbindung von der Schweigepflicht, die auch widerrufen beziehungsweise eingeschränkt werden kann. Diese Entbindung erfolgt für keine anderen Zwecke und endet automatisch mit Abschluss der Bearbeitung des Vorganges. Da dieser Zeitpunkt theoretisch auch nach Ihrem Ableben liegen kann, erfolgt für diesen Fall zur Verwaltungsvereinfachung die Entbindung von der Schweigepflicht über den Tod hinaus.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Landkreis Goslar – Fachdienst Gesundheitsamt

- die mich/oben genannten Person betreffenden Krankheits- oder Gesundheitsunterlagen (beispielsweise Krankenblätter, Krankengeschichten, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten),
- Akten von Behörden und Versicherungsträgern aller Art oder in dortigen Akten befindliche ärztliche Befunde oder Beurteilungen über mich/oben genannten Person,
- Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich/oben genannte Person in Behandlung war oder bin/ist,

zur Verwertung in oben genannten Vorgang heranzieht oder entsprechende Auskünfte von dort einholt.

Ich entbinde zu diesem Zweck zugleich alle behandelnden und untersuchenden Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Gutachterinnen und Gutachter, Versicherungsträger aller Art und Behörden (beispielsweise Justizbehörden, Beihilfe-stellen, Gesundheits-, Sozial-, Jugend-, Personal- und Ordnungsämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Kindertagesstätten, Schulen, Frühförderstellen) gegenüber dem Landkreis Goslar - Fachdienst Gesundheitsamt von der Pflicht zur Verschwiegenheit, auch über meinen Tod/den Tod der oben genannten Person hinaus.

Einwilligung gemäß Datenschutz

Die für den oben genannten Vorgang notwendigen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, die allein zum Zwecke der Durchführung des oben genannten Vorganges notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Ihre Angaben und die Untersuchungsergebnisse werden in Form einer elektronischen Akte erfasst. Sie werden im Rahmen des Artikel 9 Abs. 2 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) in Verbindung mit § 6 Niedersächsischem Datenschutzgesetz (NDSG) erfasst.

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber dem Landkreis Goslar – Fachdienst Gesundheit um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber dem Landkreises Goslar – Fachdienst Gesundheit die Berichtigung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Die Löschung erfolgt in der Regel nach 10 Jahren nach dem letzten Besuch, soweit keine spezielle Rechtsnorm dem entgegenpricht.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Landkreis Goslar – Fachdienst Gesundheitsamt übermitteln.

Einwilligung in die Datenübermittlung

Dem Auftraggeber/Veranlasser des oben genannten Vorgangs darf durch den Landkreis Goslar - Fachdienst Gesundheitsamt die Antwort (beispielsweise als Gutachten/ Attest/ Zeugnis/ Stellungnahme), einschließlich medizinischer Daten und gewünschter weiterer Erläuterungen, direkt mitgeteilt werden.

Mit meiner Unterschrift entbinde ich zu alle behandelnden und untersuchenden Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Speicherung meiner personenbezogenen Daten und Untersuchungsergebnisse für den oben genannten Vorgang ein.

Ich willige in die Datenübermittlung an den Auftraggeber/ Veranlasser des oben genannten Vorganges ein.

Ort, Datum

Unterschrift als begutachtete Person, als gesetzliche Vertreterin/Vertreter,
als Erbin/Erbe