
Einwilligungserklärung zur Übermittlung meiner Gesundheitsdaten über das Internet

Name des Patienten: _____

Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Ich erkläre hiermit mein freiwilliges Einverständnis, dass die im Rahmen meiner Behandlung bzw. Begutachtung durch _____¹ des Klinikums der Universität München erhobenen personenbezogenen Gesundheitsdaten wie z.B. ärztliche Befunde, Berichte, Rechnungen usw. im Rahmen der Erforderlichkeit an folgenden Empfänger verschlüsselt über das Internet übermittelt bzw. weitergeleitet werden dürfen:

Empfänger (bitte lesbar) _____

Zu diesem Zweck entbinde ich die mit meiner ambulanten Behandlung bzw. Begutachtung betrauten Ärzte von der Ärztlichen Schweigepflicht.

Zur Absicherung der Übertragung wird ein verschlüsselter Kanal im Internet verwendet. Für den Abruf benötigt der Empfänger eine Schlüsselnummer und ein Passwort, das von der übermittelnden Person übergeben wird.

Nach der Übermittlung der Daten an den o.a. Empfänger werden die Daten nach den gesetzlichen Vorschriften gemäß archiviert und von den Datenträgern gelöscht.

Ort, Datum_____
Unterschrift des Patienten_____
Ort, Datum der Übermittlung_____
Name, Vorname, Unterschrift der übermittelnden Person

¹Name der Klinik / der Abteilung einfügen