

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärungen zur Datenübermittlung
im Zusammenhang mit der Aufnahme in das Transplantationsprogramm
des Klinikums der Universität München (Abklärung, Aufnahme auf Warteliste, Betreuung
bis zur Transplantation, Transplantation, Nachsorge)**

bitte unterschrieben zurücksenden an das Transplantationszentrum

(Name oder Patientenaufkleber)

X

Ort, Datum

Ich habe die mir ausgehändigten Datenschutzrechtlichen Informationen sowie die Erläuterungen über den Umgang mit meinen personenbezogenen Daten im Rahmen der Behandlung im Transplantationszentrum gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Diese wurden vollständig beantwortet.

1. Ich bin darüber informiert worden, dass das Transplantationszentrum die für die Organvermittlung erforderlichen Angaben über die in die Wartelisten aufgenommenen Patienten an die Vermittlungsstelle melden muss. Diese erforderlichen Angaben sind in Richtlinien der Bundesärztekammer sowie einem Vertrag mit der Vermittlungsstelle festgelegt. Inhalt und Umgang der gespeicherten und verarbeiteten (insbesondere medizinischen) Daten sind mir im Rahmen der Anmeldung zur Transplantation erläutert worden.

Ich bin ferner darüber informiert worden, dass für diese Meldung an die Vermittlungsstelle, die Stiftung Eurotransplant in Leiden, Niederlande, gemäß § 13 Absatz 3 Sätze 3 und 4 TPG meine Einwilligung erforderlich ist.

Ich bin zudem darüber informiert worden, dass meine Einwilligung freiwillig ist, die Verweigerung meiner Einwilligung jedoch zur Folge hat, dass mir aufgrund der gesetzlichen Vorgaben kein Organ eines verstorbenen und/oder Lebend-Spenders vermittelt werden kann und dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung zur Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zu dem oben aufgeführten Zweck sowie eine entsprechende Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

X

Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)

2. Ich bin darüber informiert worden, dass es zum Zwecke der begleitenden Behandlung, Vor- und Nachsorge erforderlich sein kann, dass die dafür jeweils erforderlichen Daten an andere, mich vor-, mit- und nachbehandelnde internen und externen Ärzte, ggf. an externe Laboratorien, weitergegeben werden bzw. angefordert werden können. Inhalt und Umgang der gespeicherten und verarbeiteten (insbesondere medizinischen) Daten sind mir im Rahmen der Anmeldung zur Transplantation erläutert worden.

Ich bin ferner darüber informiert worden, dass für eine solche Übermittlung meine Einwilligung und entsprechende Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erforderlich ist.

Ich bin zudem darüber informiert worden, dass meine Einwilligung freiwillig ist, die Verweigerung meiner Einwilligung jedoch zur Folge hat, dass ein weiterer Austausch mit anderen externen Ärzten,



sowie ggf. externen Laboratorien über meine Behandlung nicht mehr möglich sein wird. Ich bin mir darüber bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung zur Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zu den oben aufgeführten Zwecken sowie eine entsprechende Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

X

Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)

3. Darüber hinaus bin ich darüber informiert worden, dass sowohl meine allokatonsrelevanten als auch Nachsorge-Daten zur Untersuchung der Risikoentwicklung, der Behandlungserfolge verschiedener Therapieformen und der Einflüsse auf den Transplantationserfolg an wissenschaftliche Datenbanken im erforderlichen Umfang übermittelt werden sollen. Diese Daten werden direkt an die Vermittlungsstelle (Eurotransplant) weitergegeben, indirekt über Eurotransplant an organspezifische Register wie z.B. das Register der Internationalen Gesellschaft für Herz- und Lungentransplantation (ISHLT, Texas, USA), das Europäische Lebertransplantations-Register (ELTR, Paris), das Register für Kinder-Nierentransplantationen (CERTAIN, Heidelberg) oder die Heidelberger Collaborative Transplant Study (CTS, Heidelberg).

Ich bin darüber informiert worden, dass die Daten pseudonymisiert verarbeitet werden und Namen und sonstige Identifizierungsdaten der Patienten getrennt gespeichert werden, um Rückmeldungen und Nachfragen an den behandelnden Arzt zu ermöglichen. Inhalt und Umgang der gespeicherten und verarbeiteten (insbesondere medizinischen) Daten sowie Einzelheiten zu den organspezifischen Registern sind mir im Rahmen der Anmeldung zur Transplantation erläutert worden.

Ich bin ferner darüber informiert worden, dass für eine solche Übermittlung meine Einwilligung erforderlich ist.

Ich bin darüber informiert worden, dass die Zustimmung zu diesen Erhebungen freiwillig ist. Mir wurde erläutert, dass eine Nichtzustimmung für mich ohne Nachteile ist, und dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung zur Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zu den oben aufgeführten Zwecken sowie eine entsprechende Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

X

Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)

4. Ich bin darüber informiert worden, dass meine personenbezogenen Daten, die zu meiner Identifizierung erforderlich sind, an eine Vertrauensstelle übermittelt werden, die mit der Pseudonymisierung der Daten beauftragt worden ist. Ebenso bin ich darüber informiert worden, dass die transplantationsmedizinischen Daten ohne direkten Bezug zu meiner Person (pseudonymisiert) von der Vertrauensstelle an die Transplantationsregisterstelle übermittelt, dort gespeichert und ausgewertet werden. Dies beinhaltet ggf. auch die Übermittlung pseudonymisierter Daten an Dritte zu Forschungszwecken soweit der Forschungszweck die Verwendung pseudonymisierter Daten erfordert. Ansonsten werden Dritten grundsätzlich nur anonymisierte Daten zu Forschungszwecken übermittelt. Zudem können pseudonymisierte Daten über ein automatisiertes Abrufverfahren von der Transplantationsregisterstelle an die Koordinierungsstelle, die Vermittlungsstelle, die Bundesärztekammer, die Prüfungs- und Überwachungskommissionen, andere Transplantationszentren, den



GbA oder zuständige Behörden für deren jeweiligen im Gesetz festgelegten Zwecke übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass für die Weitergabe dieser Daten, sofern sie nach dem 01.11.2016 erhoben wurden und werden, meine Einwilligung erforderlich ist, dass die Einwilligung freiwillig ist und dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für meine Person widerrufen kann. Im Falle eines Widerrufs der Einwilligung habe ich Kenntnis davon erhalten, dass die bis dahin an die Transplantationsregisterstelle übermittelten Daten weiter verarbeitet werden können, sofern dies für die Zwecke des Transplantationsregisters nach § 15a TPG erforderlich ist.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung zur Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zu den oben aufgeführten Zwecken sowie eine entsprechende Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

X

Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)

5. Nur für nicht gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten:

Ich bin darüber informiert worden, dass meine Daten im Zusammenhang mit im Krankenhaus erbrachten Transplantationen zu Qualitätssicherungszwecken über eine Datenannahmestelle und Vertrauensstelle an das wissenschaftliche Institut (IQTIG) des Gemeinsamen Bundesausschusses weitergeleitet werden müssen.

Ich bin ferner darüber informiert worden, dass für die zusätzliche Weitergabe meiner ET-Nummer, die im Laufe der Übermittlung pseudonymisiert wird, meine Einwilligung erforderlich ist.

Ich bin darüber informiert worden, dass die Zustimmung zu dieser Erhebung freiwillig ist. Mir wurde erläutert, dass eine Nichtzustimmung für mich ohne Nachteile ist, und dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung zur Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zu den oben aufgeführten Zwecken sowie eine entsprechende Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht.

X

Unterschrift (ggf. des Erziehungsberechtigten)

Vom Transplantationszentrum auszufüllen:

Die Datenschutzrechtlichen Informationen wurden der/dem Patientin/en ausgehändigt.

Datum	Name	Unterschrift des Vertreters des TxM der LMU
-------	------	---

