

Bonn, den 24.11.2020

Vorname Nachname, \*23.11.1980, M  
53227 Bonn, Straße 12

Personen-ID	BKKL032431	Auftragsnummer	BKKLADM2016651
Kontaktnummer	BKKL20075086	Auftragsdatum	24.11.2020
Kontaktdatum	24.11.2020 10:00		

## Einverständniserklärung - Patienteninformationserfassung im Beta-Klinik-Verbund

Sehr geehrter Herr Nachname,

die Beta Klinik Service-, Verwaltungs- und Forschungs- GmbH (nachfolgend auch Beta Klinik GmbH genannt), als Trägerin des privaten Krankenhauses „Beta Klinik“, kooperiert innerhalb des Beta-Klinik-Verbundes mit der Gemeinschaftspraxis an der Beta Klinik, der BetaGenese Klinik GmbH, dem Labor "LIS" an der Beta Klinik sowie den im Gebäude der Beta Klinik GmbH niedergelassenen und/oder mit der Beta Klinik GmbH zusammenarbeitenden Ärzte (im Kontext: Beta-Klinik-Verbund).

Um zum Wohle des Patienten eine interdisziplinäre Betreuung unserer Patienten zu ermöglichen und eine bestmögliche Zusammenarbeit der im Beta-Klinik-Verbund tätigen Ärzte zu gewährleisten, werden alle Patienten- und Behandlungsdaten in einem von der Beta Klinik Service-, Verwaltungs- und Forschungs- GmbH betriebenen zentralen Krankenhausinformationssystem (KIS) erfasst und gespeichert.

Auf die jeweils hinterlegten Daten hat grundsätzlich nur der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Praxis Zugriff. Um die Diagnostik und interdisziplinäre Behandlung optimal zu gestalten, besteht für den behandelnden Arzt jedoch die Möglichkeit, die Patientendaten auch dritten Ärzten, die Mitglied des Beta-Klinik-Verbundes und an das Krankenhausinformationssystem angeschlossen sind, über das Krankenhausinformationssystem unmittelbar zugänglich zu machen. Dies gilt auch für vorbehandelnde Ärzte, sofern dies im vorgenannten Sinne zweckdienlich ist.

Ein solches Zugänglichmachen gegenüber weiteren angeschlossenen Ärzten des Beta-Klinik-Verbundes und / oder Vorbehandlern erfolgt etwa dann, wenn dies in Ihrem Interesse, z.B. zur weiteren Verbesserung der Befunderhebung und Behandlung, zur weiteren Abklärung von Diagnosen oder im Rahmen der weiteren Behandlung durch Ärzte anderer Fachrichtungen als zweckmäßig angesehen wird.

Mit der nachfolgenden Einverständniserklärung sind Sie mit einer Zugänglichmachung Ihrer Patienten- und Behandlungsdaten an die (vor-)behandelnden Ärzte und Arztpraxen, sowie an die im Text aufgeführten Kooperationspartner und Gesellschaften einverstanden, die an das zentrale Krankenhausinformationssystem der Beta Klinik Service-, Verwaltungs- und Forschungs- GmbH angeschlossen sind.

Ein aktuelles Verzeichnis der an das gemeinsame Krankenhausinformationssystem der Beta Klinik Service-, Verwaltungs- und Forschungs- GmbH angeschlossenen Ärzte und Einrichtungen des Beta-Klinik-Verbundes erhalten Sie auf Anfrage gerne ausgehändigt.

BKKL032431-BKKLADM2016651



Vorname Nachname, \*23.11.1980, M  
53227 Bonn, Straße 12

Personen-ID BKKL032431  
Kontaktnummer BKKL20075086 Auftragsnummer BKKLADM2016651  
Kontaktdatum 24.11.2020 10:00 Auftragsdatum 24.11.2020

**Ich erkläre mich einverstanden mit Aufnahme, Nutzung und Speicherung behandlungsrelevanter Daten in der Patientenakte der Beta Klinik Service-, Verwaltungs- und Forschungs-GmbH (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, Befunde). Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass diese vorgenannten Daten an (mit-/vor-)behandelnde Ärzte, Arztpraxen und sofern relevant, an die BetaGense Klinik GmbH und das Labor "LIS" an der Beta Klinik weitergegeben werden dürfen. Dies geschieht zu rein medizinischen Zwecken im Rahmen meiner persönlichen medizinischen Behandlung.**

Ich entbinde den behandelnden Arzt / die behandelnden Ärzte / die Gemeinschaftspraxis an der Beta Klinik, die in die Behandlung involvierten Mitarbeiter der Beta Klinik Service-, Verwaltungs- und Forschungs- GmbH, der BetaGenese Klinik GmbH und des Labors "LIS" an der Beta Klinik von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit die zentrale Zugänglichkeit der Daten innerhalb des Krankenhausinformationssystems und für die diesem System angeschlossen, sowie kooperierenden Ärzte, Arztpraxen und Gesellschaften im Beta-Klinik-Verbund erfolgt.

Meine Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ein Exemplar dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Bonn, den 24.11.2020

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter

Gesetzlicher Vertreter:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
geb. am

\_\_\_\_\_  
Adresse (falls abweichend)