



Interdisziplinäres Extremitätenboard

Leitung:

PD. Dr. med. Oliver Pieske
Dr. med. Lucian Jiga

Telefon: 04 41 / 236-2590
E-Mail: kontakt.extremitaetenboard@ev-ol.de

DATENSCHUTZ EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Sehr geehrter Patient,

hiermit möchten wir Sie über das spezialisierte, multidisziplinäre Extremitätenboard des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg informieren. Das Extremitätenboard setzt sich aus verschiedenen Fachdisziplinen zusammen, um in besonderen Behandlungsfällen fachbereichsübergreifend Expertise zu nutzen und so die bestmöglichen Heilungschancen sicherzustellen. Das Extremitätenboard berät zu diesem Zwecke regelmäßig auch andere Kliniken sowie niedergelassene Ärzte über fachlich geeignete Fälle unter Nutzung von Videokonferenzen, nachdem der Patient ärztlich vorgestellt wurde.

Das Extremitätenboard des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg setzt sich zusammen aus:

- Klinik für Plastische, Ästhetische, Rekonstruktive und Handchirurgie, Dr. med. Lucian Jiga
- Klinik für Plastische, Ästhetische, Rekonstruktive und Handchirurgie, Dr. med. Zaher Jandali
- Klinik für Plastische, Ästhetische, Rekonstruktive und Handchirurgie, Herr Benedikt Merwart
- Klinik für Plastische, Ästhetische, Rekonstruktive und Handchirurgie, Univ. Dr. med. Christian Hofsepian
- Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie, PD. Dr. Oliver Pieske
- Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie, Dr. med. Jan Hotop
- Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie, Dr. med. Omar Fischar
- Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie, Dr. med. Jörn Fischer
- Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie, Dr. med. Florian Seim
- Universitätsklinik für Neurochirurgie, Prof. Univ. Dr. Johannes Woitzik
- Klinik für Radiologie und Neuroradiologie, Dr. med. Vasiliy Kovalenko

An den Beratungen nehmen ausschließlich der vorgenannten Chefärzte als Leiter der Kliniken bzw. die vorgenannten Oberärzte sowie ggf. deren weisungsabhängigen ärztlichen Mitarbeiter teil. Im Rahmen der Beratungen wird Ihre Fallakte einschließlich ggf. bildgebender Befunde vorgestellt und besprochen. Da den Beratungen ggf. konsiliarischen Empfehlungen folgen können, werden Ihre Akten in diesen Fällen erst nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht.

Einwilligung in Datenverarbeitung und Schweigepflichtsentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass nach einem Erstkontakt des mich behandelnden Arztes das Extremitätenboard des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg per telekommunikativer oder Anwesenheit Beratung, meinen Fall aus medizinischer Sicht begutachtet und ggf. Empfehlungen ausspricht. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten zum Zwecke der Beratung im Rahmen des Extremitätenboards des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg verarbeitet.

Regelmäßig handelt es sich hierbei um folgende Daten nach Maßgabe des § 301 SGB V:

- Name des Patienten, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertenstatus
- Erstdiagnose, die nachfolgenden Diagnosen sowie die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung
- Datum und Art der jeweils durchgeführten Behandlung,
- Die für die Behandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen

Hinweis:

Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung ist freiwillig.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenverarbeitung zu den o.g. Zwecken statt. Diese Widerrufserklärung ist an das Evangelische Krankenhaus Oldenburg zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Evangelischen Krankenhaus Oldenburg zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden zur Datenverarbeitung in der vorgenannten Form. Ich entbinde zudem meine mich derzeit behandelnden Ärzte gegenüber den vorgenannten Behandlern einschließlich deren weisungsabhängigen Ärzten des Extremitätenboards, einschließlich deren weisungsabhängigen ärztlichen Mitarbeitern, von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum: _____

Name/Vorname _____

Patient/in:

Unterschrift

Patient/in:

Unterschrift ggf. _____

Bevollmächtigte/r: