

Einwilligungserklärung

Für den wissenschaftlichen Austausch, die individuelle Weiterbildung sowie die Fortentwicklung von Behandlungsmethoden wird die Applikation „Doctorsgate“ betrieben, die von medizinischen Fachkräften, Studenten und medizinisch Interessierten benutzt wird, um anonymisierte Bilder und Fallbeschreibungen von Erkrankungen, Verletzungen und Krankheitserscheinungen auszutauschen.

Ich willige darin ein, dass mein Arzt/meine Ärztin oder eine andere medizinische Fachkraft (im Folgenden als „Gesundheitsfachpersonal“ zusammengefasst) Fotografien, Tonaufnahmen oder Videoaufnahmen im Rahmen der Behandlung und auch außerhalb der Behandlungsnotwendigkeiten erstellt und aufnimmt (im Folgenden „Medien“ genannt). Zu den Medien gehören auch Scan- und Röntgenaufnahmen, die von mir oder einem Teil meines Körpers angefertigt wurden.

Für die Erstellung der Aufnahmen sind die unten genannte Klinik oder Praxis und das folgende Gesundheitsfachpersonal verantwortlich:

.....
Name des Gesundheitsfachpersonals

.....
Name der Klinik / Arztpraxis

.....
Adresse der Klinik / Arztpraxis

.....
Telefonnummer der Klinik / Arztpraxis

Das oben genannte Gesundheitsfachpersonal verpflichtet sich, in den Medien alle Merkmale mithilfe der Applikation „Doctorsgate“ zu entfernen, mit denen ich identifiziert werden kann.

Ich stimme der Weiterleitung der Medien über die Applikation „Doctorsgate“ an die doctorsgate GmbH, Ostertorwall 12, 31785 Hameln zu. Mir ist bekannt, dass die Medien mit dem Ziel des Austausches, medizinischen Wissens zu Lern- und Fortbildungszwecken mit anderen Nutzern der Applikation „Doctorsgate“ geteilt werden. In der Applikation „Doctorsgate“ erfolgt der Wissensaustausch auch in Kommentaren und Texten zu den Medien.

In die gelegentliche weitergehende Veröffentlichungen, insbesondere in medizinischen Druckwerken oder elektronischen Medien mit dem Ziel des Wissensaustausches und zu Lern- und Fortbildungszwecken wird ebenfalls eingewilligt.

Ich stimme der Weitergabe und der vorgenannten Veröffentlichung der Medien durch Doctorsgate zu, wenn die mich identifizierenden Merkmale entfernt worden sind.

Doctorsgate prüft bei jedem eingehenden Medium, ob identifizierende Merkmale vorhanden sind. Sollte dies der Fall sein, wird das Medium unverzüglich gelöscht. Von Doctorsgate werden nur Medien im Rahmen der Applikation an Dritte weitergegeben, die keine identifizierenden Merkmale enthalten.

Mir ist bekannt, dass die Weiterverbreitung des urheberrechtlich geschützten Bild- und Tonmaterials nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann. Alle Nutzer der Applikation „Doctorsgate“ werden darauf hingewiesen, dass eine Weiterverbreitung und Weitergabe der Medien außerhalb der Applikation nicht gestattet ist. Dennoch kann es durch

Abfotografieren mittels Handy oder durch andere technische Übertragung möglich sein, gegen Wissen und Willen der Betreiber von „Doctorsgate“ Medien weiterzugeben.

Mein Name wird nicht im Rahmen der Übermittlung der Medien von dem oben genannten Gesundheitsfachpersonal an Doctorsgate weitergegeben. Gesichter werden unkenntlich gemacht.

Bei seltenen Krankheitsbildern oder seltenen körperlichen Konstitutionen kann eine Identifizierung nicht absolut sicher ausgeschlossen werden. Damit bin ich einverstanden.

Im Zusammenhang mit der Erstellung und Weitergabe der Medien entstehen allseitig keine Vergütungs- und/oder sonstigen finanziellen Ansprüche.

Diese Einwilligung gilt räumlich und zeitlich unbegrenzt. Ich kann die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Der Widerruf ist an das verantwortliche Gesundheitsfachpersonal unter folgenden Adresdaten zu richten:

.....
Name der Klinik / Arztpraxis

.....
Anschrift der Klinik / Arztpraxis

.....
Telefonnummer der Klinik / Arztpraxis

Der Widerruf betrifft ausschließlich die datenschutzrechtliche Einwilligung. Die Übertragung der Nutzungsrechte an den Medien gemäß dem Urheberrecht bleibt davon unberührt.

Meine Einwilligung habe ich freiwillig abgegeben. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich meine Einwilligung zur Erstellung der Medien verweigern kann und dies keinen Einfluss auf meine aktuelle medizinische Behandlung hat.

Ich bestätige, dass ich die vorstehende Einwilligung gelesen und vollständig verstanden habe. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich eine ausreichende Bedenkzeit für die Unterzeichnung hatte.

.....
Name des/der Patienten / Patientin

.....
Adresse des/der Patienten / Patientin

.....
Unterschrift des / der Patienten / Patientin

.....
Datum der Unterzeichnung

.....
Ggf. Name und Anschrift des Vertreters

.....
Ggf. Beziehung des Vertreters zum / zur Patienten / Patientin

Bitte beachten Sie auch die auf den folgenden veröffentlichten Informationspflichten nach Art. 13 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Informationen zur Datenverarbeitung über die Applikation „Doctorsgate“

Diese Information gilt für die Datenverarbeitung bei der Übermittlung von Bildern an die Applikation „Doctorsgate“. Unter Verarbeitung von Daten versteht man insbesondere die Erhebung, Speicherung, Verwendung und Übermittlung Ihrer Daten.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist:

.....
Name der Klinik / Arztpraxis

.....
Anschrift der Klinik / Arztpraxis

.....
Telefonnummer der Klinik / Arztpraxis

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten (falls vorhanden):

.....
Name

.....
Anschrift

.....
Telefonnummer

.....
E-Mail

1. Zweck/Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Die Patientin/der Patient und/oder die Vertreter/Vertreterinnen des Patienten/der Patientin stimmen freiwillig der Verarbeitung personenbezogener Daten durch das Gesundheitsfachpersonal und die Weitergabe der Daten an die Applikation „Doctorsgate“ zu. Es werden nur Bilder durch das Gesundheitsfachpersonal weitergegeben, die keine identifizierenden Merkmale mehr enthalten.

Die Medien dienen dem Austausch medizinischen Wissens zu Lern- und Fortbildungszwecken sowie der Fortentwicklung von Methoden innerhalb der Medizin.

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist die vorstehende Einwilligungserklärung gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.

Personenbezogene Daten sind alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person beziehen. Besondere Kategorien personenbezogener Daten sind u. a. Gesundheitsdaten sowie genetische und biometrische Daten. Weitergehende Definitionen ergeben sich aus dem Gesetz in Art. 4 DSGVO.

2. Weitergabe und Empfang von Daten

Im Rahmen von der Datenverarbeitung werden die personenbezogenen Daten an die Firma doctorsgate GmbH, Ostertorwall 12, 31785 Hameln weitergegeben. Weitere Informationen zu dem Unternehmen finden Sie unter www.doctorsgate.com.

Die Firma doctorsgate GmbH nutzt für die Erbringung der Services für die Applikation „Doctorsgate“ Leistungen von Amazon Web Services, Inc., 410 Terry Avenue North, Seattle WA 98109, United States und der internex GmbH, Lagerstraße 15, 3950 Gmünd, AT. An diese Unternehmen werden Daten weitergegeben.

Die Medien ohne Identifikationsmerkmale werden nur in dem Maß weitergegeben, wie es nach dem jeweiligen Zweck der Verarbeitung erforderlich ist.

3. Dauer der Datenspeicherung

Die Bilder werden für die Dauer der Einwilligung gespeichert und im Falle des Widerrufs der Einwilligung gelöscht.

4. Betroffenenrechte und weitere Zusatzinformationen

a) Transparenz / Auskunftsrecht

Unter der o.g. aufgeführten Adresse des Verantwortlichen für den Datenschutz erhalten Sie Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten.

b) Berichtigung und Vervollständigung der gespeicherten Daten

Wir berichtigen oder vervollständigen Ihre personenbezogenen Daten unverzüglich, wenn wir erkennen, dass diese

fehlerhaft oder unvollständig sind oder Sie uns einen entsprechenden Hinweis geben.

c) Löschung der gespeicherten Daten

Die Löschung Ihrer Daten erfolgt gem. den oben unter 3. beschriebenen Regeln. Wir löschen die Daten außerdem, wenn Sie dies wünschen und ein entsprechender Anspruch besteht, z. B. ggf. bei Wegfall der Zweckbindung, Widerruf der Einwilligung und im Falle einer unrechtmäßigen Speicherung.

d) Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Sollten Gründe vorliegen, die einer Löschung entgegenstehen, werden wir auf Ihren Wunsch hin die Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten einschränken. Das bedeutet, dass wir Ihre Daten sicher und unzugänglich aufbewahren und diese nur noch mit Ihrer Einwilligung oder im Rahmen von rechtlichen Pflichten verwenden.

e) Recht auf Datenübertragbarkeit

Wenn Sie es wünschen, stellen wir Ihnen die von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung.

f) Beschwerderecht

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen

Barbara Thiel
Prinzenstraße 5
30159 Hannover

Telefon: +49 (0511) 120 45 00

Telefax: +49 (0511) 120 45 99

E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de