

Sehr geehrter Patient/in,

im Rahmen Ihrer Behandlung in der Klinik für _____
haben Ihre behandelnden Ärzte die Erforderlichkeit eines medizinischen Eingriffs bei Ihnen erkannt.

Näheres zu Art und geplantem Verlauf des Eingriffs werden Ihnen Ihre behandelnden Ärzte in einem gesonderten Aufklärungsgespräch erläutern. Ihre Einwilligung zu diesem Eingriff wird erst nach diesem Gespräch eingeholt.

Wie Ihnen Ihre behandelnden Ärzte in einem persönlichen Gespräch erläutern werden, wird es bei diesem Eingriff erforderlich sein, dass ein nicht zu unserer Klinik gehörender Medizinproduktespezialist während des Eingriffs anwesend ist und uns sowohl in Bezug auf den Einsatz des Medizinproduktes berät, als auch ggf. selbst Messungen und Anpassungen mit diesem Medizinprodukt vornimmt. Ziel dieser Maßnahmen ist es, Ihnen für diesen Eingriff die höchstmögliche medizinische Qualität zu bieten. Der Medizinproduktespezialist erbringt diese Leistungen für uns, in unserem Auftrag. Ggf. anfallende Kosten dafür werden uns von diesem in Rechnung gestellt, selbstverständlich entstehen Ihnen durch seinen Einsatz in unserer Klinik keine zusätzlichen Kosten. Bei dem Medizinproduktespezialist handelt es sich um **(Vorname Name von der Firma Name der Firma, Straße, Hausnummer, Ort, PLZ)**

Mit Ihrer umseitigen Erklärung bitten wir Sie um Ihre Einwilligung in diese Maßnahme. Der o.g. Medizinproduktespezialist ist von uns besonders verpflichtet und unterliegt diesbezüglich denselben gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz und zur Schweigepflicht wie Ihre behandelnden Ärztinnen / Ärzte.

Datum

Unterschrift Arzt

Ich willige ein, dass von der Klinik für _____

der Medizinproduktespezialist (Name) _____

bei meinem mit mir gesondert zu besprechenden medizinischen Eingriff eingesetzt wird.

Ich habe Folgendes zur Kenntnis genommen:

- Während des Eingriffs bei mir nimmt der Medizinproduktespezialist Identitätsdaten und medizinische Daten von mir im Rahmen der Erforderlichkeit zur Kenntnis. Er dokumentiert seine an mir von ihm erbrachten Leistungen ggf. in Dokumentationssystemen der Klinik. Diese Dokumentation wird Bestandteil meiner Fallakte in der Klinik.
- Darüber hinaus dokumentiert der Medizinproduktespezialist entsprechend den rechtlichen Gegebenheiten an mir von ihm erbrachten Leistungen ggf. auch in Dokumentationssystemen seiner Firma
- Eine private Dokumentation findet nicht statt.
- Die Dauer der Archivierung meiner Daten unterliegt den jeweiligen gesetzlichen Fristen.
- Ich kann jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen.
- Ich kann diese Einwilligung ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen, nicht jedoch die Einwilligung in die Verarbeitung meiner Daten, die sich bis zum Zeitpunkt des Widerrufs ergeben haben, und die zur Erfüllung der gesetzlichen und berufsständischen Pflichten sowie zur Abrechnung der Leistungen erforderlich sind.

Ich hatte Gelegenheit und Zeit, die vorab beschriebenen Erläuterungen zu lesen und habe diese verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ggf. gestellte Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, diese Informationen zu überdenken.

Eine Ausfertigung dieser Information und Einwilligung wurde mir ausgehändigt.

Ergänzende Notizen (bitte Zeilen streichen, falls keine Ergänzungen erfolgt sind):

Patient/in

Name: _____ Vorname: _____

Fulda, den

Unterschrift Patient/in oder ggf. gesetzliche/r Vertreter/in *

* Falls die Unterschrift durch eine/n **gesetzlichen Vertreter/in** geleistet wird, sind dessen/deren Name und Vorname hier anzugeben:

Name: _____ Vorname: _____

Fulda, den

Titel/Vorname/Name und Unterschrift aufklärende/r Arzt/Ärztin

- Ausfertigung für die Patientin / den Patienten
 Ausfertigung für die Klinik