Lieber Patient,

um Ihnen eine optimale Versorgung zu bieten, kooperieren wir – das **Medizinisches Versorgungszentrum des Marienkrankenhauses Kassel** gGmbH (nachfolgend kurz: „**MVZ**“) – mit dem **Marien-Elisabeth-Kliniken Kassel** gGmbH, (nachfolgend kurz: „**MEK**“) beide Marburger Str. 85, 34127 Kassel.

Die Kooperation betrifft die gemeinsame Behandlung, Therapie und Dokumentation u.a. in den Bereichen Schlaflabor, Funktionsdiagnostik und Krebstherapie. Dabei findet auch eine gemeinsame Datenverarbeitung statt. Dabei werden Ihre Patientendaten (u.a., Gesundheitsdaten, medizinische Befunddaten, Versicherungsdaten etc.) untereinander ausgetauscht und in beiden Einrichtungen zwecks optimaler Versorgung verarbeitet. Wir versichern, dass Ihre Daten jederzeit vor Zugriffen unberechtigter Dritter geschützt sind.

Um die gemeinsame Datenverarbeitung durchzuführen ist sowohl Ihre ausdrückliche Einwilligung gemäß § 6 Abs. 1 lit. b) i.V. m. § 11 Abs. 2 lit. a) KDR-OG sowie die Entbindung der Mitarbeiter der Einrichtungen von Ihrer Schweigepflicht erforderlich. Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig. Sofern Sie keine Einwilligung erteilen, erfolgt keine gemeinsame Verarbeitung von Behandlungsdaten durch das MVZ und das MEK. Dadurch kann sich der Behandlungsprozess verzögern. Eine einmal erteilte Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Wirksamkeit des Widerrufs beginnt dann ab dem Zeitpunkt des Zugangs bei uns. Die Datenverarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Ihre Widerrufserklärung können Sie in Textform an datenschutz@mvz-mk.de oder an die oben angegebene Adresse richten. Weitere Informationen zur gemeinsamen Datenverarbeitung können Sie gerne der Datenschutz-Information für Patienten des MVZ und des MEK entnehmen, die im MVZ und MEK ausliegt oder auf der Internetseite <http://www.marienkrankenhaus-kassel.de> einsehbar ist oder heruntergeladen werden kann.

Einwilligungserklärung zur gemeinsamen Datenverarbeitung

Ich _____, geboren am _____
(Name, Vorname)

wohnhaft _____
(vollständige Anschrift)

willige darin ein, dass meine personenbezogenen Daten, wozu auch Daten zu meiner Gesundheit gehören, im Rahmen der vorgenannten Kooperation zum Zwecke der Therapie, Behandlung und Dokumentation vom MVZ und dem MEK gemeinsam verarbeitet werden dürfen und entbinde die Mitarbeiter der Einrichtungen von Ihrer Schweigepflicht.

Bitte ankreuzen: Ja Nein

Datum, Unterschrift Patient/in / gesetzl. Vertreter/in / Betreuer/in