

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

Die Poliklinik Große Hamburger Straße ist eine ärztlich geleitete Einrichtung, in der Ärzte verschiedener Fachgruppen tätig sind. Die Poliklinik zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass eine flexibel gestaltete interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten untereinander sowie von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen erfolgt.

Durch Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen entsteht ein Behandlungsvertrag mit der Poliklinik Große Hamburger Straße – so wie es bei jedem anderen Arztbesuch in einer Einzelpraxis auch der Fall wäre.

In der Poliklinik wird ein gemeinsamer Patientenstamm geführt und alle in der Poliklinik tätigen Ärztinnen und Ärzte haben Zugriff auf die Daten einer Patientin bzw. eines Patienten. Sollten Sie bei einem der in der Poliklinik tätigen Ärztinnen und Ärzte, im Fachbereich Urologie und Urogynäkologie, bereits vor dem 01.10.2018 (sh. Aushang – Übergang zu der Alexianer St. Hedwig-Kliniken Berlin GmbH) Patientin bzw. Patient gewesen sein, so ist Ihre Krankenakte an die Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH überführt worden und wird von uns, Ihr Einverständnis voraussetzend, fortgeführt.

Sofern Ihre Behandlung die Bestimmung von Laborwerten erfordert, ist es notwendig, ein externes Labor zu beauftragen und den Laborauftrag mit Ihren Daten weiterzuleiten. Auch kann es in begründeten Fällen mit Ihrem Einverständnis notwendig sein, Behandlungsdaten an Ihren Hausarzt zu übermitteln.

All diese Vorgänge bedürfen aufgrund gesetzlicher Vorgaben einer gesonderten Einwilligung Ihrerseits. Wir bitten Sie daher die Anlage entsprechend auszufüllen.

Alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den vom Gesetzgeber geregelten Bestimmungen des Datenschutzes, d. h. jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter ist nur berechtigt, Ihre Daten einzusehen und zu nutzen, wenn sie bzw. er an Ihrem Behandlungsgeschehen beteiligt ist.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur

Verfügung. Ihr Ärzte- und Praxisteam

Hiermit erkläre ich

**Familienname,  
ggf. Geburtsname:**

\_\_\_\_\_

**Vorname(n):**

\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:**

**Geburtsort:**

\_\_\_\_\_

**Adresse:**

\_\_\_\_\_

**Telefon::**

**e-mail**

\_\_\_\_\_

**mein Einverständnis,**

1.  dass
- alle** Ärztinnen und Ärzte des Deutschen Beckenbodenzentrums (DBBZ) und der Poliklinik
  - ausschließlich die aktuell behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt im DBBZ und der Poliklinik
- im Rahmen meiner Behandlung Einblick in meine Patientenakte nehmen dürfen bzw. darf,
2.  meine vor dem 01.10.2018 geführte Patientenakte vom MVZ St. Hedwig Krankenhaus in Trägerschaft der MVZ St. Hedwig Kliniken Berlin übernommen und fortgeführt werden darf und die unter Punkt 1 gekennzeichneten Ärzte Einblick nehmen dürfen
3.  die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt in einem Krankenhaus im Verbund der Alexianer (\*) Einblick in meine Patientenakte nehmen darf,
4.  im Falle einer notwendigen neurologischen Untersuchung die mit dem DBBZ kooperierenden Ärzte der Praxis Demhartner am Standort des St. Hedwig-Krankenhauses Einblick in meine Patientenakte nehmen dürfen
5.  im Falle einer notwendigen physiotherapeutischen Therapie die mit dem DBBZ kooperierenden Therapeuten der Physiotherapie Praxis Söder am Standort des St. Hedwig-Krankenhauses Einblick in meine Patientenakte nehmen dürfen
6.  bei mir erhobene Befunde und Behandlungsdaten an meinen Hausarzt übermittelt werden dürfen,
7.  im Falle einer Überweisung bei mir erhobene Befund- und Behandlungsdaten an den überweisenden Arzt übermittelt werden dürfen
8.  im Falle eines notwendigen Laborauftrages dieser an das Labor „MVZ Alexianer Labor GmbH“ in 10115 Berlin, Große Hamburger Straße 5-11 weitergeleitet werden darf. Dies gilt auch für den Fall, dass das obig genannte Labor nicht alle angeforderten Analysen selbst durchführt und Dritte zur Durchführung beauftragt.

**Nur für Privatpatienten:**

- Mir ist bekannt, dass die Abrechnung der Laborleistung über den Dienstleister „PVS Berlin-Brandenburg GmbH & Co KG erfolgt und bestätige hiermit, dass meine Einwilligung zur Datenübermittlung und Entbindung der Schweigepflicht gegenüber der PVS auch die Laborleistungen des MVZ Alexianer Labor GmbH einschließt.
9.  ggf. meine Wunde(n) fotografisch abgelichtet in der Patientenakte als Fotodokumentation verbleiben, anonymisierte Bilder und Befunde von mir zu wissenschaftlichen Auswertungen, internen und externen Prüfungen oder zu Lehrzwecken genutzt werden

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Poliklinik der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und die Nutzung aller meiner medizinischen Daten nur zum Zwecke der Behandlung und ihrer Abrechnung erfolgen darf.

Dieses Einverständnis kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patientin/ gesetzlicher Vertreter**