

Name

Vorname

Geburtsdatum

Sehr geehrte Teilnehmerin,

bevor Sie mit Ihrer Screening–Untersuchung beginnen, bitten wir Sie diese Einwilligungserklärung zu lesen.

Falls Sie noch keine Informationsbroschüre über das Mammographie-Screening und kein zusätzliches Merkblatt auf dem Postweg erhalten haben, bitten wir Sie, diese beim Empfang zu erfragen und vor der Unterzeichnung dieser Einwilligungserklärung durchzulesen. Sie haben ferner von uns das Infoblatt zur Rechnungsstellung erhalten. Darin haben wir Ihnen unter anderem auch die Zweitbefunder/innen im Team benannt. Diese haben mittels Forderungsabtretungen an uns als Programmverantwortliche Ärzte der Einziehung auch ihrer privatärztlichen Honorarforderungen über die Ärztliche Verrechnungsstellung Büdingen GmbH zugestimmt. Bitte bestätigen Sie nachfolgend, dass Sie **das Infoblattes zur Rechnung für privatversicherte Teilnehmerinnen erhalten haben und der gemeinsamen Rechnungsstellung über die PVS-Büdingen zustimmen.**

Bestätigen Sie bitte auch, dass Sie damit einverstanden sind, dass zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Honoraransprüche des Mammographie-Screening (Screening-Einheit 4) des Zentrums für Radiologie und Nuklearmedizin Wetterau, die im Rahmen der externen Befundung und der Befundung durch die Programmverantwortlichen Ärzte anfallenden Daten, soweit erforderlich, entsprechend der vorgelegten **Einverständniserklärung der PVS Büdingen, zur Rechnungsstellung weitergegeben werden dürfen und die Ärzte insoweit von Ihrer Schweigepflicht entbunden werden.**

Beim Mammographie-Screening unserer Einheit ist, wie bei jeder Röntgenuntersuchung, eine Speicherung Ihrer persönlichen Daten erforderlich. Diese Daten beinhalten Name, Adresse, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit sowie die Dokumentation des technischen Teils der Untersuchung und die dabei erhobenen Daten. Wir sind laut Röntgenverordnung verpflichtet diese Daten und Ihre Röntgenbilder mindestens 10 Jahre aufzubewahren und sie auf Verlangen der zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Ohne Ihre Zustimmung zu dieser Datenspeicherung dürfen wir die Untersuchung leider nicht durchführen. Dies gilt ebenso für die Weitergabe Ihrer Daten im Rahmen der zwingend gesetzlich vorgeschriebenen Delegation an die hinzuzuziehenden Ärzte, insbesondere auch an die im Infoblatt zur Rechnungsstellung einzeln aufgeführten Doppelbefunder/innen.

Datenschutz, Stillschweigen, Einwilligungserklärung:

Ich stimme der Speicherung meiner Daten im o.g. Umfang im Mammographie-Screening-Zentrum der Einheit 4, Zentrum für Radiologie und Nuklearmedizin Wetterau zu. Soweit die Begutachtung und Diagnostik durch externe Befunder/innen im Rahmen der Zweitbefundung erfolgt, stimme ich der Weitergabe meiner behandlungsrelevanten Daten an diese Befunder/innen (Dr. med. Brigitte Klockenkemper, Dr. med. Susanne Kämmerer, Dr. med. Andreas Mösbauer, Dr. med. Hubert Braun, Dr. med. Christian Nachtmann und Thomas Hoffmann) zu. Ich stimme ebenfalls zu, dass meine behandlungsrelevanten Daten an diese Befunder/innen weitergegeben werden dürfen und die Ärzte/Ärztinnen insoweit von Ihrer Verschwiegenheitspflicht befreit werden.

Zum Zwecke der Qualitätssicherung ist es erforderlich, dass spätere Befunde bei Ihren weiterbehandelnden Ärzten/ Ärztinnen erfragt werden. Bei allen Frauen, bei denen kein Brustkrebs entdeckt wurde, werden zur Qualitätssicherung in regelmäßigen Abständen Anfragen an das hessische Krebsregister gestellt, um festzustellen, ob Brustkrebs aufgetreten ist, der bei der letzten Mammographie nicht entdeckt wurde.

Ich bin mit der oben beschriebenen Abfrage **einverstanden und stimme der genannten Datenspeicherung und Datenweitergabe ausdrücklich zu** und entbinde die Ärzte im Rahmen dieser Erklärung im genannten Umfang von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Name / Unterschrift