



Nikolaus-Copernicus- Interdisziplinäres Zentrum für Onkologie und Traumatologie für die
Woiwodschaft Łódź, 93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62, Kenn-Code der Klinik: 000000004373

Einwilligungserklärung des Patienten über die Aufnahme ins Krankenhaus*

Vorname und Nachname des Patienten	Personenidentifikationsnr. (PESEL)/ Steuerident. Nr. (NIP)
Vorname und Nachname des Elternteils/ gesetzlichen Vertreters (gilt für Patienten unter 18 Jahren)	
Wohnanschrift:	Tel.:
Anschrift zum Briefwechsel (wenn anders als Wohnanschrift):	E-mail

☐ Ich willige in die Behandlung und den Aufenthalt im Krankenhaus ein.

☐ Ich willige in die Behandlung und den Aufenthalt im Krankenhaus nicht ein.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass meine Ablehnung der Behandlung und des Aufenthalts im Krankenhaus negative Folgen für meine Gesundheit sowie mein Leben haben kann/ für die Gesundheit und das Leben meines Kindes***.

.....
Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters***

.....
eine leserliche Unterschrift eines Kindes über 16 Jahren **

☐ Ich bevollmächtige

1. Frau/Herrn wohnhaft in Straße
Hausnr. Tel. Informationen über meinen Gesundheitszustand/ den
Gesundheitszustand meines Kindes*** sowie erbrachte Gesundheitsleistungen zu erhalten.
2. Frau/Herrn m..... wohnhaft in Straße
Hausnr. Tel. Informationen über meinen Gesundheitszustand/ den
Gesundheitszustand meines Kindes*** sowie erbrachte Gesundheitsleistungen zu erhalten.

☐ Ich bevollmächtige niemanden Informationen über meinen Gesundheitszustand/ den
Gesundheitszustand meines Kindes*** sowie erbrachte Gesundheitsleistungen zu erhalten.

Hiermit widerspreche ich der Veröffentlichung gegenüber einer mir nahestehenden Person von
Informationen über meinen Gesundheitszustand / den Gesundheitszustand meines Kindes*** nach meinem
Tod / nach dem Tod meines Kindes***. ☐ Ja ☐ Nein

.....
Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters****

.....
eine leserliche Unterschrift eines Kindes über 16 Jahren **

☐ Ich bevollmächtige

1. Frau/Herrn wohnhaft in Straße
Hausnr. Tel. Einsicht in meine medizinische Dokumentation zu nehmen.
2. Frau/Herrn wohnhaft in Straße
Hausnr. Tel. Einsicht in meine medizinische Dokumentation zu nehmen.

☐ Ich bevollmächtige niemanden, Einsicht in meine medizinische Dokumentation zu nehmen.

Hiermit widerspreche ich der Zurverfügungstellung einer mir nahestehenden Person meiner medizinischen
Unterlagen / medizinischer Unterlagen meines Kindes*** nach meinem Tod / nach dem Tod meines
Kindes***. ☐ Ja ☐ Nein

.....
Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters***

.....
eine leserliche Unterschrift eines Kindes über 16 Jahren **

INFORMATIONSKLAUSEL

Gemäß Art. 13 Abs. 1 der Datenschutz-Grundverordnung (RODO) teilen wir mit, dass:

1. der Verwalter personenbezogener Daten der Patienten das M.-Kopernik-Wojewodschaftszentrum für Onkologie und Traumatologie in Łódź ist, Anschrift: ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź;
2. der Verwalter einen Inspektor für Datenschutz bestimmt hat. Bezüglich der Verarbeitung Ihrer / Ihres Kindes personenbezogenen Daten können Sie mit ihm über die elektronische Post – iod@kopernik.lodz.pl – Kontakt aufnehmen;
3. der Verwalter personenbezogenen Daten der Patienten zwecks Erfüllung der rechtlichen Pflicht des Verwalters und zwecks Gewährleistung der medizinischen Pflege verarbeiten wird;

Genauere Rechtsgrundlage:

- a. die zur Feststellung der Identität des Patienten notwendigen Daten vor der Gewährung der Leistung, insbesondere durch die Anmeldung zur Übernahme der medizinischen Pflege, Verifizierung der Daten bei der Bestimmung des Besuchs an der Rezeption oder im Arztzimmer, verarbeitet der Verwalter aufgrund Art. 6 Abs. 1 Pkt. c) und Art. 9 Abs. 2 Pkt. h) der RODO in Verbindung mit Art. 25 Pkt. 1 Gesetz vom 6. November 2008 über die Rechte des Patienten und den Patientenführer;
- b. die in den medizinischen Unterlagen des Patienten enthaltenen Daten verarbeitet der Verwalter aufgrund Art. 9 Abs. 2 Pkt. h) RODO in Verbindung mit Art. 24 Abs. 1 Gesetz vom 6. November 2008 über die Rechte des Patienten und den Patientenführer;
- c. die zwecks Durchführung der Rechte des Patienten gesammelten Daten, die z.B. in den entgegengenommenen und archivierten Erklärungen, kraft welchen der Patient andere Personen zum Zugang zu medizinischen Unterlagen berechtigt und zustimmt, diesen Personen Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten zu erteilen, enthalten sind, verarbeitet der Verwalter aufgrund Art. 6 Abs. c) RODO in Verbindung mit Art. 9 Abs. 3 und Art. 26 Abs. 1 Gesetz vom 6. November 2008 über die Rechte des Patienten und den Patientenführer;
4. personenbezogene Daten anderen berechtigten Subjekten, aber auch:
 - a. anderen medizinischen Subjekten und fremden Labors, die mit dem Verwalter zwecks Gewährung der Kontinuität der Behandlung und der Gesundheitspflege zusammenarbeiten,
 - b. Subjekten, mit welchen der Verwalter den Vertrag über die Durchführung von Leistungen geschlossen hat, die mit der Versorgung des Verwalters mit technischen und organisatorischen Lösungen, die die Gewährung von medizinischen Leistungen sowie die Verwaltung über die Organisation des Verwalters, insbesondere die Gewährung von Lieferanten der teleinformatischen Leistungen, den Lieferanten der diagnostischen Geräte sowie den Kurier- und Postfirmen ermöglichen, verbunden sind,
 - c. Lieferanten von juristischen und Beratungsleistungen sowie den den Verwalter bei der Geltendmachung von Forderungen unterstützenden Subjekten, insbesondere Rechtsanwaltskanzleien und fremden Auditoren, aufgrund der Rechtsvorschriften zur Verfügung gestellt werden können;
5. der Verwalter keine Absicht hat, Ihre / Ihres Kindes personenbezogenen Daten an Drittländer oder internationale Organisationen weiterzuleiten;
6. Sie berechtigt sind, eine Kopie Ihrer / Ihres Kindes personenbezogene Daten am Sitz des Verwalters zu erhalten.

Gemäß Art. 13 Abs. 2 RODO teilen wir darüber hinaus mit, dass:

1. die in den medizinischen Unterlagen enthaltenen personenbezogenen Daten der Patienten gemäß Art. 29 Gesetz vom 6. November 2008 über die Rechte des Patienten und den Patientenführer innerhalb von 20 Jahren ab Datum der letzten Eintragung, unter Berücksichtigung der im Gesetz enthaltenen Ausnahmen, aufbewahrt werden;
2. die Patienten berechtigt sind, Einblick in ihre Daten zu haben, diese zu berichtigen, manche von ihnen, z.B. Telefonnummer, sowie Daten, deren Aufbewahrungszeitraum vorbei ist, zu beseitigen. Darüber hinaus hat der Patient das Recht, die Verarbeitung einzuschränken, sowie Klage an das Aufsichtsorgan, d.h. den Präsidenten des Amtes für Datenschutz, einzureichen;
3. die Angabe personenbezogener Daten Gesetzspflicht ist. Der Verwalter als behandelndes Subjekt ist verpflichtet, medizinische Unterlagen auf die durch die Rechtsvorschriften vorgeschriebene Art und Weise zu führen, darunter die Identität des Patienten mit Hilfe seiner personenbezogenen Daten zu bezeichnen. Fehlende Daten können zur Folge haben, dass die Reservierung des Besuches beim Arzt oder die Gewährung der Leistung im Bereich der medizinischen Pflege verweigert wird;
4. der Verwalter Beschlüsse aufgrund Ihrer / Ihres Kindes personenbezogenen Daten automatisch nicht fasst.

Darüber hinaus:

1. Sie haben das Recht, wertvolle Sachen im Depot zu hinterlegen.
2. Für die im Depot und/oder im Lagerraum für Bekleidung nicht hinterlegten Sachen haftet das Krankenhaus nicht.
3. Nach Abschluss der Behandlung sind Sie verpflichtet, die Sachen aus dem Depot und/oder Lagerraum für Bekleidung unverzüglich abzuholen.
4. Auf dem Gelände der Einrichtung darf nicht geraucht, kein Alkohol getrunken sowie keine Betäubungsmittel eingenommen werden.
5. Sie haben das Recht, die oben angeführte(n) bevollmächtigte(n) Person(en) zu wechseln****.

HINWEIS! Bitte nur im Falle des Widerrufs von erteilten Vollmachten ausfüllen!

Ich widerrufe die oben genannte Vollmacht vom ****

.....
Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters***

.....
eine leserliche Unterschrift eines Kindes über 16 Jahren **

Legende:

* Die Einwilligungserklärung des Patienten über die Aufnahme ins Zentrum ist ausschließlich vom Patienten oder dem gesetzlichen Vertreter auszufüllen.

** Wenn der Patient das 16. Lebensjahr vollendet hat, aber noch nicht 18 Jahre alt ist, soll die Information doppelt sein d.h. an den Patienten und seinen gesetzlichen Vertreter gerichtet werden.

*** ----- - Nichtzutreffendes mit waagerechter Linie streichen.

**** Bei Widerruf der genannten Vollmachten verliert diese Erklärung ihre Gültigkeit und der Patient hat eine neue Erklärung nach seinem Willen auszufüllen.

☐ - „X“-Zeichen an der richtigen Stelle eintragen.

Nahestehende Person – Ehepartner, Verwandte(r) bis zum zweiten Grad oder verschwägte Person ab dem zweiten Grad in gerader Linie, gesetzlicher Vertreter, Person, mit der man zusammen lebt oder die vom Patienten angezeigte Person

Gültig ab: 15.05.2019