

**KOMMISSION DER ÄRZTEKAMMER HAMBURG
ZUR BEGUTACHTUNG VON
VORWÜRFEN ÄRZTLICHER BEHANDLUNGSFEHLER**



**Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung
zum Antrag auf Durchführung eines Verfahrens**

**ÄRZTEKAMMER
HAMBURG**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Daten des Patienten/ der Patientin

Vorname*

*** Pflichtangabe**

Name*

Geburtsdatum*

Geburtsname*

Straße, Hausnummer*

Postleitzahl*

Ort*

Die Kommission der Ärztekammer Hamburg zur Begutachtung von Vorwürfen ärztlicher Behandlungsfehler verarbeitet im Rahmen der beantragten Durchführung eines Verfahrens Ihre Gesundheits- und sonstigen personenbezogene Daten (im Folgenden: Daten), soweit dies für die Durchführung des Verfahrens im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen notwendig ist.

Bitte kreuzen Sie den nachfolgenden Kasten an, wenn Sie Ihre Zustimmung erteilen. Soweit Passagen dieser Erklärung nicht von Ihrer Zustimmung erfasst sein sollen, steht es Ihnen frei, dies durch Streichung kenntlich zu machen. Es wird darauf hingewiesen, dass eine solche Einschränkung der Zustimmung zum Abbruch des Verfahrens führen kann. Diese Erklärung kann ganz oder in Teilen für die Zukunft widerrufen werden. Ein Widerruf kann dazu führen, dass das Verfahren nicht fortgesetzt werden kann.

1. Schweigepflichtentbindungserklärungen gegenüber der Begutachtungskommission

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Begutachtungskommission bei den von mir aufgeführten Personen und Institutionen die erforderlichen Unterlagen, die mit der beanstandeten Behandlung im Zusammenhang stehen, anfordert und im Verfahren verwertet. Ich entbinde die im Antrag aufgeführten Personen und Behandlungseinrichtungen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber der Kommission der Ärztekammer Hamburg zur Begutachtung von Vorwürfen ärztlicher Behandlungsfehler.

Sollte im Verlauf des Verfahrens die Beiziehung ergänzender Behandlungsunterlagen bei weiteren Personen oder Stellen notwendig werden, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Begutachtungskommission auch diese Unterlagen anfordert und im Verfahren verwertet. Ich entbinde die entsprechenden Personen und Stellen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

2. Weitergabe von Daten an andere Verfahrensbeteiligte und deren Bevollmächtigte

Ich bin damit einverstanden, dass die Begutachtungskommission meine zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Gesundheitsdaten an die anderen Beteiligten des Verfahrens (Ärztin oder Arzt, Behandlungseinrichtung bzw. deren bevollmächtigte Versicherungsmakler) sowie an ggf. von der Begutachtungskommission zu beauftragenden Gutachter/innen weitergegeben werden und entbinde die Kommission zur Begutachtung von Vorwürfen ärztlicher Behandlungsfehler zugleich zu diesem Zwecke von ihrer Schweigepflicht.

3. Einwilligung in die Weitergabe von Daten an den Haftpflichtversicherer und deren Bevollmächtigte

Ärztinnen und Ärzte sind gegen Schadensersatzansprüche, die sich aus ihrer Berufstätigkeit ergeben können, versichert. Es obliegt der Versicherungsnehmerin/dem Versicherungsnehmer (z. B. Ärztin / Arzt oder Behandlungseinrichtung) dem zuständigen Haftpflichtversicherer jeden Versicherungsfall innerhalb einer Woche anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadensersatzansprüche erhoben worden sind (§ 104 VVG). Dies gilt auch für ein Verfahren vor der Begutachtungskommission der Ärztekammer Hamburg. Der Versicherungsschutz umfasst u.a. die Prüfung der Haftungsfrage durch den Haftpflichtversicherer, der bevollmächtigt ist, alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben. Der Versicherungsnehmer ist seinerseits verpflichtet, dem Haftpflichtversicherer alle relevanten Unterlagen zugänglich zu machen. Dies umfasst auch die im Begutachtungsverfahren anfallenden Daten. Für die Bearbeitung kann es weiterhin erforderlich sein, dass die Begutachtungskommission die von ihr im Laufe des Verfahrens erhobenen Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten an den Haftpflichtversicherer und ggf. dessen anwaltlicher Vertretung oder bevollmächtigten Versicherungsmakler zu übermitteln.

Ich bin damit einverstanden, dass die Begutachtungskommission der Ärztekammer Hamburg die zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Daten direkt an den zuständigen Haftpflichtversicherer, ggf. dessen anwaltlicher Vertretung oder einem bevollmächtigten Versicherungsmakler übermittelt und diese vom Haftpflichtversicherer, ggf. dessen anwaltlicher Vertretung oder einem bevollmächtigten Versicherungsmakler erhoben, verarbeitet und genutzt werden, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens erforderlich ist. Ich entbinde die Begutachtungskommission insoweit von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit.

*** Ich stimme allen vorgenannten Punkten zu.**

Unterschrift (bitte im Original unterschreiben)

Ort, Datum

KOMMISSION DER ÄRZTEKAMMER HAMBURG ZUR BEGUTACHTUNG VON VORWÜRFEN ÄRZTLICHER BEHANDLUNGSFEHLER

Anlage zur Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Kommission der Ärztekammer Hamburg zur Begutachtung von Vorwürfen ärztlicher Behandlungsfehler kann Unterlagen zu Ihrer Behandlung nur von Ärztinnen/Ärzten, Praxen, MVZ und Krankenhäusern anfordern, die Sie an dieser Stelle angeben. Bitte tragen Sie daher vollständige und verifizierte Angaben ein. Sofern die Antragsgegenseite der Durchführung Ihres beantragten Schlichtungsverfahrens zustimmt, wird die Geschäftsstelle anhand nachfolgender Informationen die vollständigen Behandlungsunterlagen bei den nachstehenden Einrichtungen / Ärztinnen / Ärzten anfordern. Bitte setzen Sie auch Informationen bezüglich relevanter Bildgebung ein (MRT, CT, Röntgen etc.).

Die Vor- und Nachbehandlung hat bei den folgenden Ärzt*innen und Einrichtungen stattgefunden:

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung Fachrichtung bzw. Abteilung / Chefarzt / Chefärztin

Vorbehandlung

Nachbehandlung

Behandlungszeitraum (von - bis) / Präzise Angaben zwingend notwendig!

Grund und Art der Behandlung

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung Fachrichtung bzw. Abteilung / Chefarzt / Chefärztin

Vorbehandlung

Nachbehandlung

Behandlungszeitraum (von - bis) / Präzise Angaben zwingend notwendig!

Grund und Art der Behandlung

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung Fachrichtung bzw. Abteilung / Chefarzt / Chefärztin

Vorbehandlung

Nachbehandlung

Behandlungszeitraum (von - bis) / Präzise Angaben zwingend notwendig!

Grund und Art der Behandlung

Die Vor- und Nachbehandlung hat bei den folgenden Ärzt*innen und Einrichtungen stattgefunden:

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung Fachrichtung bzw. Abteilung / Chefarzt / Chefärztin
Vorbehandlung
Nachbehandlung

Behandlungszeitraum (von - bis) / Präzise Angaben zwingend notwendig!

Grund und Art der Behandlung

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung Fachrichtung bzw. Abteilung / Chefarzt / Chefärztin
Vorbehandlung
Nachbehandlung

Behandlungszeitraum (von - bis) / Präzise Angaben zwingend notwendig!

Grund und Art der Behandlung

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung Fachrichtung bzw. Abteilung / Chefarzt / Chefärztin
Vorbehandlung
Nachbehandlung

Behandlungszeitraum (von - bis) / Präzise Angaben zwingend notwendig!

Grund und Art der Behandlung

Name der Ärztin / des Arztes oder der Behandlungseinrichtung Fachrichtung bzw. Abteilung / Chefarzt / Chefärztin
Vorbehandlung
Nachbehandlung

Behandlungszeitraum (von - bis) / Präzise Angaben zwingend notwendig!

Grund und Art der Behandlung

Art der Bildgebung (Sonographien, Röntgen, CT, MRT, Echokardiografie etc.)

Erfolgte Bildgebungen (Sonographien, Röntgen, CT, MRT, Echokardiografie etc.):

Vor dem vorgebrachten Behandlungsfehler:

Name der Behandlungsstätte

Anschrift der Behandlungsstätte

Vorbehandlung

Aufnahmezeitpunkt (**bitte präzise benennen**)

Nachbehandlung

Art der Bildgebung (Sonographien, Röntgen, CT, MRT, Echokardiografie etc.)

Name der Behandlungsstätte

Anschrift der Behandlungsstätte

Vorbehandlung

Aufnahmezeitpunkt (**bitte präzise benennen**)

Nachbehandlung

Art der Bildgebung (Sonographien, Röntgen, CT, MRT, Echokardiografie etc.)

Nach dem vorgebrachten Behandlungsfehler:

Name der Behandlungsstätte

Anschrift der Behandlungsstätte

Vorbehandlung

Aufnahmezeitpunkt (**bitte präzise benennen**)

Nachbehandlung

Art der Bildgebung (Sonographien, Röntgen, CT, MRT, Echokardiografie etc.)

Name der Behandlungsstätte

Anschrift der Behandlungsstätte

Vorbehandlung

Aufnahmezeitpunkt (**bitte präzise benennen**)

Nachbehandlung

Art der Bildgebung (Sonographien, Röntgen, CT, MRT, Echokardiografie etc.)



INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

VERFAHREN DER BEGUTACHTUNGSKOMMISSION BEI DER ÄRZTEKAMMER HAMBURG

Gemäß der europaweit geltenden Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Ihnen Informationen im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten bei der Kommission der Ärztekammer Hamburg zur Begutachtung von Vorwürfen ärztlicher Behandlungsfehler zu geben. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit der Überreichung dieses Informationsblattes nach.

1. KONTAKTDATEN

VERANTWORTLICHER NACH DSGVO
Ärztekammer Hamburg
Weidestraße 122b
22083 Hamburg
Tel: 040 202299-0
E-Mail: post@aekhh.de

BEHÖRDLICHER DATENSCHUTZBEAUFTRAGTER
datenschutz nord GmbH
Jennifer Jähn-Nguyen
office@datenschutz-nord.de
www.datenschutz-nord-gruppe.de

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt, um Ihrem Anliegen/Antrag auf Begutachtung eines Behandlungsfehlervorwurfes nachgehen zu können. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit Sie uns diese zugänglich gemacht haben oder noch zur Verfügung stellen werden. Die Erhebung von Daten bei Dritten erfolgt nur, soweit sie uns hierzu Ihre Einwilligung geben. Liegt diese nicht vor, kann jedoch unter Umständen eine umfassende Bearbeitung des Anliegens nicht erfolgen.

3. RECHTSGRUNDLAGEN DER DATENVERARBEITUNG

Die rechtliche Befugnis für die Datenverarbeitung ergibt sich insbesondere aus den Artikeln 6 Abs. 1 Satz 1 lit. e, Abs. 3 lit. b DSGVO iVm. §§ 6 Abs. 1 Nr. 7, Abs. 3 Nr. 3, § 4 Abs. 1 Satz 1 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe und § 10 der Satzung zur Einrichtung und zum Verfahren der Kommission der Ärztekammer Hamburg zur Begutachtung von Vorwürfen ärztlicher Behandlungsfehler sowie 9 Abs. 1, 2 lit. a DSGVO. Aufgabe der Kommission ist es, eine unabhängige und neutrale Begutachtung einer ärztlich verantworteten Behandlung im Zuständigkeitsbereich der Ärztekammer Hamburg durchzuführen und aufgrund eines behaupteten Gesundheitsschadens eine unverbindliche Bewertung der Haftungsfrage dem Grunde nach abzugeben. Die Gutachterkommission wird auf schriftlichen Antrag eines Verfahrensbeteiligten (Patientin/Patient oder Ärztin/Arzt) mit Zustimmung des anderen Verfahrensbeteiligten tätig.

4. EMPFÄNGER DER PERSONENBEZOGENEN DATEN UND GESUNDHEITSDATEN

Ihre personenbezogenen Daten einschließlich Ihrer Gesundheitsdaten übermitteln wir an Dritte nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten sind die Mitglieder der Kommission, die mit der Bearbeitung Ihres Antrages betraut sind und die Mitarbeiter der Geschäftsstelle der Kommission, ggf. Sachverständige, die mit der Begutachtung Ihres Anliegens beauftragt werden sowie ggf. Haftpflichtversicherungen.

Die Übermittlung Ihrer Daten erfolgt zum Zwecke der Einholung von fallrelevanten Informationen sowie zur Klärung von Sachverhalten und Umständen hinsichtlich des von Ihnen geltend gemachten Anspruches auf Feststellung eines möglichen Behandlungsfehlers.

Ggf. setzen wir streng weisungsgebundene Dienstleister ein, die uns z. B. in den Bereichen EDV oder der Archivierung und Vernichtung von Dokumenten unterstützen und mit denen gesonderte Verträge zur Auftragsverarbeitung geschlossen wurden.

Sollte sich aus Ihrem Anliegen ein berufsaufsichtsrechtliches Verfahren gegen die Ärztin oder den Arzt entwickeln, können Ihre Daten z.B. auch an ein Berufsgericht für Heilberufe oder eine Staatsanwaltschaft weitergegeben werden.

5. DAUER DER DATENSPEICHERUNG

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten längstens zehn Jahre nach Abschluss des Verfahrens auf.

6. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Sofern Sie eine Einwilligung erteilt haben, so haben Sie das Recht, diese Einwilligung für eine zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen. Bitte beachten Sie zudem, dass wir bestimmte Daten für die Erfüllung gesetzlicher Vorgaben trotz Ihres Widerrufs ggf. für einen bestimmten Zeitraum aufbewahren müssen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Für Hamburg ist der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit der Freien und Hansestadt Hamburg, Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg, <https://datenschutz-hamburg.de/meldung-databreach> zuständig.