

Patienteninformation

Die CIP society hat ein digitales Dokumentationssystem in Form einer elektronischen Gesundheitsakte für Sie als Patient entwickelt. Hierbei werden Ihre wichtigen Behandlungsdaten in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (mit Schwerpunkt Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, angeborene und erworbene Fehlbildungen, Dysgnathien sowie chronische Erkrankungen wie Tumoren, Bisphosphonatnekrosen etc.) und der Neurochirurgie (degenerative Rückenerkrankungen sowie Erkrankungen im Kopfbereich aus dem Spektrum der Neurochirurgie) und für chronische Krankheitsverläufe anderer Disziplinen aufgenommen und für die weitere Behandlung bereitgestellt.

Sie haben die **alleinige Verfügungsgewalt** über Ihre Akte und über Ihre medizinischen Daten. Dabei entscheiden alleine Sie, wer welche Daten in Ihre Akte speichert, ändert und wer welche Informationen einsetzen und nutzen darf. In einem ersten Schritt werden Ihre Daten zunächst nur aufgenommen und in digitalisierter Form ausschließlich gespeichert.

Die Aktivierung der Akte und die damit verbundene Datenverarbeitung wird dann in einem zweiten Schritt erfolgen, dem separat zugestimmt werden muss. Erst ab diesem Zeitpunkt können Sie auf die Akte zugreifen und dann auch bestimmen, dass Andere (z.B. Ärzte) hierauf Zugriff erhalten. Sie können ab diesem Zeitpunkt und an jedem Ort auf Ihre abgespeicherten Daten zugreifen, mit Ihrem Einverständnis auch Ihre behandelnden Ärzte. Hierdurch sind kurzfristig Experten- auskünfte möglich.

Dabei werden höchste Sicherheitsstandards, vergleichbar mit denen des Online-Bankings im Bereich des Datenschutzes zugrunde gelegt. Die hohe Verfügbarkeit der Daten zu jeder Zeit und unabhängig vom Standort ermöglicht es Ihnen, unkompliziert und schnell auf Ihre persönlichen medizinischen Informationen zuzugreifen.

Die CIP society legt gegen Zahlung einer einmaligen Einrichtungsgebühr von € für das Aufsetzen der Akte Ihre Gesundheitsakte an. Ab Freischalten können Sie gegen eine monatliche Gebühr von € die Dienste der CIP society nutzen. Sofern Sie dies möchten, bitten wir Sie, uns die Patienteninformation und Einwilligungserklärung unterschrieben zukommen zu lassen.

Ihre persönlichen medizinischen Daten und Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Daher müssen Sie Ihre Behandler von der Schweigepflicht entbinden, damit diese der CIP society Ihre Daten zur Verfügung stellen können. Die CIP society Ihrerseits wird Ihre Daten vertraulich behandeln und alle datenschutzrechtlichen Bestimmungen einhalten. Für weitere Rückfragen oder Probleme steht Ihnen die CIP society, insbesondere Frau PD Dr. Dr. Katja Schwenzer-Zimmerer als Schirmherrin, gerne zur Verfügung.

Bitte senden Sie uns die Unterlagen „Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht“ sowie „Aufnahmeantrag Einwilligungserklärung“ ausgefüllt an eine der unten stehenden Adressen oder per E-mail zurück, um einen reibungslosen Ablauf bei der Datendigitalisierung und -sicherung zu gewährleisten.

CIP society
Inzlingerstraße 200
CH-4125 Riehen

CIP society
Burgholzweg 85/1
D-72070 Tübingen



Aufnahmeantrag

Einwilligungserklärung

Ich
Name des Patienten, Name des Erziehungsberechtigten

wurde darüber aufgeklärt, dass meine Daten für die elektronische Gesundheitsakte in einem ersten Schritt aufgenommen, gesammelt und gespeichert werden. Sinn und Zweck der Erfassung meiner gesundheitlichen Informationen sind mir klar. Ich weiß, dass ich für die Aktivierung der Akte in einem zweiten Schritt erneut nach meiner Zustimmung gefragt werde und eine separate Einwilligung hierzu abgeben muss. Erst ab diesem Zeitpunkt kann ich auf die Akte zugreifen und dann auch bestimmen, dass Andere (z.B. Ärzte) hierauf Zugriff erhalten.

Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen und habe die Antworten verstanden und akzeptiert. So wurde mir auch zugesichert, dass selbstverständlich die im Rahmen meiner Behandlung erhobenen Daten und persönlichen Mitteilungen der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Ich bin damit einverstanden, dass die CIP society, die ich hiermit beauftrage, meine Daten in einem ersten Schritt für die elektronische Gesundheitsakte aufnimmt, sammelt und speichert.

Ich weiß, dass die Beauftragung freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Nutzung der Gesundheitsakte widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf die spätere Behandlung durch meinen Arzt auswirkt. Wenn ich meine Einwilligung zum Datenschutz widerrufe, werden die bereits gespeicherten Daten gelöscht und können vorab an mich übermittelt werden.

Ich habe eine Kopie der Patienteninformation und dieser Einwilligungserklärung erhalten. Ich erkläre hiermit für mich/mein Kind das Einverständnis zur Teilnahme an der elektronischen Gesundheitsakte.

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, PLZ, Wohnort)

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Ort, Datum, Unterschrift