

# Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener und medizinischer Daten

Sehr geehrte Patient\*innen und Klient\*innen,

im Rahmen Ihrer medizinischen Behandlung in unserem Primärversorgungszentrum und der psychosozialen Begleitung durch den Verein an.doc.stelle ist es in manchen Fällen erforderlich, Ihre personenbezogenen und medizinischen Daten zu verarbeiten und mit externen Partner\*innen zu teilen. Mit dieser Einwilligungserklärung informieren wir Sie über die wesentlichen Verarbeitungszwecke und holen Ihr Einverständnis ein.

## 1. Speicherung Ihrer Daten

Ihre personenbezogenen und medizinischen Daten werden im lizenzierten Patient\*innenverwaltungsprogramm Care01 erfasst und gespeichert. Die Speicherung dient der ordnungsgemäßen Dokumentation und Verwaltung Ihrer Behandlung.

## 2. Weiterleitung von Proben an Labors.at

Für diagnostische Untersuchungen (z. B. Blut-, Harn- und andere Proben) werden diese Proben mit den erforderlichen personenbezogenen Daten (z. B. Name, Geburtsdatum, Probenkennzeichnung) an das externe Labor Labors.at übermittelt. Dies erfolgt zur genauen Auswertung und Diagnosestellung.

## 3. Tests auf sexuell übertragbare Krankheiten

Wir führen bei Bedarf Tests auf sexuell übertragbare Krankheiten (z. B. HIV, Hepatitis, Syphilis) durch. Die dabei erhobenen Daten und Ergebnisse werden ausschließlich im Rahmen Ihrer Behandlung verwendet und streng vertraulich behandelt.

## 4. Verarbeitung von Daten im Substitutionsprogramm

Wenn Sie im Substitutionsprogramm betreut werden, stimmen Sie der Kommunikation Ihrer relevanten Daten mit den zuständigen Behörden (z. B. Gesundheitsamt), Apotheken sowie anderen involvierten Einrichtungen (z. B. Suchthilfe Wien) zu. Dies ist erforderlich, um Ihre Behandlung sicherzustellen und gesetzliche Vorgaben zu erfüllen.

## 5. Datenaustausch mit dem Verein an.doc.stelle

Sie erklären sich damit einverstanden, dass im Rahmen Ihrer Behandlung relevante medizinische und personenbezogene Daten mit dem Verein an.doc.stelle ausgetauscht werden. Dieser stellt Patient\*innen unseres Primärversorgungszentrums diverse Beratungs- und Angebote zur Verfügung (siehe <https://andocstelle.at/>). Der Datenaustausch dient der Unterstützung Ihrer Behandlung.



## 6. Weitergabe und Rückmeldung von Befundberichten an und von anderen Ärzten und Einrichtungen

- Ich stimme der Weitergabe meiner personenbezogenen und Gesundheitsdaten an andere Ärzt\*innen, Krankenhäuser oder sonstige medizinische und psychosoziale Einrichtungen zu, wenn dies im Rahmen meiner Behandlung erforderlich ist.
- Ebenso erkläre ich mich einverstanden, dass bei Zuweisung an andere Ärzt\*innen, Krankenhäuser oder medizinische Einrichtungen ein Befundbericht über das Ergebnis der Untersuchungen an die Ordination zurückübermittelt werden darf.
- Sollte ich in den Räumlichkeiten des Primärversorgungszentrums oder der an.doc.stelle einen Termin bei Contact (Sucht- und Drogenkoordination der Stadt Wien) in Anspruch nehmen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Name, mein Geburtsdatum und ggf. weitere für die Behandlung relevante Informationen weitergegeben werden.

## 7. Termin-Erinnerungen und Kontakt bei Befunden

- Termin-Erinnerungen: Ich erkläre mich einverstanden, dass ich per E-Mail und/oder SMS an anstehende Termine erinnert werde.
- Besprechung von Befunden: Befunde können telefonisch besprochen werden, jedoch ausschließlich nach Bekanntgabe des vereinbarten Kennwortes, das ich vorab festlege.
- Kontakt bei auffälligen Befunden: Ich stimme zu, dass ich bei auffälligen Befunden telefonisch oder per E-Mail kontaktiert werde, um notwendige Maßnahmen oder weitere Schritte zu besprechen.

## Ihre Rechte

Sie haben das Recht, jederzeit Auskunft über Ihre gespeicherten Daten zu erhalten, eine Berichtigung oder Löschung zu verlangen, sowie Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung und Übermittlung Ihrer Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt. Bitte beachten Sie, dass bestimmte Daten aufgrund gesetzlicher Aufbewahrungspflichten nicht gelöscht werden können.

## Einwilligungserklärung

Ich habe die obenstehenden Informationen gelesen und verstanden. Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen und medizinischen Daten entsprechend den beschriebenen Zwecken verarbeitet und gegebenenfalls an die genannten Partner übermittelt werden.

Name der Patientin / des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Kennwort (für telefonische Befundbesprechung): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_