

## Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte Patientin,  
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) sind wir verpflichtet Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der beiliegenden Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben. Da es für die folgenden Empfänger keine gesetzliche Erlaubnis der Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten gibt, benötigen wir Ihr Einverständnis.

### Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten:

**Ihre Frauenärztin, Ihr Frauenarzt**, weitere (mitbehandelnde) Ärztin/Arzt:

Wenn Ihre Frauenärztin/Ihr Frauenarzt und ggf. Ihre mitbehandelnde Ärztin/Arzt einen Befundbericht erhalten soll, tragen Sie hier bitte den Praxisnamen ein:

Frauenärztin/-arzt: \_\_\_\_\_

Mitbehandelnde Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_

### **Kooperierende Einrichtungen\***

- Gemeinschaftspraxis für Anästhesie und Schmerztherapie
- Institut für Pathologie am Clemenshospital
- Auftragslaboratorien
- Zytologie-Labor
- Hohenzollernklinik GmbH und Co. KG, Hohenzollernring 57, 48145 Münster
- Stiftung Endometriose Forschung (SEF) – inkl. Patientennachbefragung

*\*Die genauen Anschriften sind beim Personal in der Anmeldung zu erfragen.*

### **Tumorkonferenz/Dysplasiekonferenz**

Interdisziplinäre Tumorkonferenz im St. Franziskushospital, Hohenzollernring 70, 48145 Münster – zertifiziert durch das DKG

Dysplasiekonferenz der „Zentralen Dysplasiesprechstunde Münster“ im UKM, Albert-Schweitzer-Campus 1, 48149 Münster

**Erstellung und Verwendung von Befundbildern und -videos** zur Dokumentation in Ihrer Patientenakte, sowie zur anonymisierten Nutzung in wissenschaftlichen Arbeiten.

**Einwilligung zu Terminerinnerungen (Terminverwaltung)** per SMS und/oder E-Mail mittels Doctolib GmbH (Kalendersystem), um Terminausfälle zu vermeiden.

Hiermit entbinde ich: \_\_\_\_\_

Patientenname

die Praxis GYNMÜNSTER von der gesetzlichen Schweigepflicht und erteile GYNMÜNSTER die Vollmacht, die personenbezogenen Gesundheitsdaten für die bei mir durchgeführte Behandlung an die angegebenen Gesundheitseinrichtungen weiterzuleiten. Diese können auf elektronischem Weg in verschlüsselter Form aus dem Praxisinformationssystem übermittelt werden. Die sonstigen Datenschutzregelungen werden eingehalten.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Münster, \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin /Eltern/Betreuer



**GYNMÜNSTER**

OPERATIVE GYNÄKOLOGIE

Fachärzte für Frauenheilkunde  
ambulante und kurzstationäre  
Operationen

AGE-AUSBILDUNGSZENTRUM FÜR  
MINIMAL-INVASIVE CHIRURGIE

DKG-ZERTIFIZIERTE  
DYSPLASIE-EINHEIT

SEF-ZERTIFIZIERTE  
ENDOMETRIOSE-KLINIK

Dr. med. Jens Quakernack  
Dr. med. Gregor Engelke  
Dr. med. Ruth Böhnel  
Sebastian Bauer

Angestellte Ärzte:  
Dr. med. Anne Overbeck  
Dr. med. Swati Peiffer

Hohenzollernring 57  
48145 Münster

Telefon: 0251 - 393024  
Telefax: 0251 - 379383

E-Mail: [info@gynmuenster.de](mailto:info@gynmuenster.de)  
[www.gynmuenster.de](http://www.gynmuenster.de)

KOOPERATIONSPARTNER



**GYNVELEN**

PRAXIS UND KLINIK FÜR  
OPERATIVE GYNÄKOLOGIE

**VAAO**   
**VELENER  
ARBEITSKREIS**  
AMBULANTES  
OPERIEREN  
[www.vaao.de](http://www.vaao.de)