



Onkologisches Zentrum Prenzlauer Berg

Dr. med. Lars Meyer
Dr. med. Tanja Werdin*

Christa Alsmeier*
Dr. med. Stefan Rupprecht*

Dr. med. Alicja Mrózek
Dr. med. Hella Gollasch*
Dr. med. Wiebke Schier*
Annette Klemm*
Dr. med. Dirk Kudlicz*
Dr. med. Anja Zagrosek*

*angestellte(r) Ärztin / Arzt

Wisbyer Straße 32
13189 Berlin
Tel. (030) 445 82 01, Fax (030) 446 90 57

info@ozp.berlin – www.ozp.berlin
ozp@tm.kim.telematik

EINWILLIGUNG ZUR ÜBERMITTLUNG VON ERGEBNISSEN GENETISCHER UNTERSUCHUNGEN IN DIE ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen wurde oder wird eine genetische Untersuchung durchgeführt, die unter das Gendiagnostikgesetz fällt. Die Ergebnisse solcher Untersuchungen und Analysen dürfen wir nur in Ihre elektronische Patientenakte (ePA) einstellen, wenn Sie dem ausdrücklich schriftlich oder elektronisch zustimmen (Paragraf 347 SGB V). Stimmen Sie zu, sind die Untersuchungsergebnisse grundsätzlich auch für andere Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige anderer Heilberufe einsehbar – es sei denn, Sie Verbergen die Dokumente mit Ihrer ePA-App. Dann können nur Sie die Dokumente in Ihrer ePA sehen und kein anderer.

Vor- und Zuname Patientin/Patient:

Geburtsdatum Patientin/Patient:.....

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass Dokumente, die Ergebnisse einer genetischen Untersuchung beinhalten, durch die genannte Arztpraxis in meine elektronische Patientenakte eingestellt werden.

Mir ist bekannt, dass

- › die Einwilligung bis auf Widerruf für alle Dokumente, die die Ergebnisse der genannten genetischen Untersuchung(en) beinhalten, gilt.
- › ich die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann. Im Falle eines Widerrufs stellt die Arztpraxis künftig keine Dokumente, die Ergebnisse der oben genannten genetischen Untersuchung(en) enthalten, in die ePA ein.

☐ Ich stimme **NICHT** zu und lehne die Einstellung dieser Befunde in die ePA ab.

Datum: _____

Unterschrift Patientin/Patient: _____