

## Datenverarbeitung/ Schweigepflichtentbindung

### 1. Datenverarbeitung zum Zwecke der Behandlung

Die **AWO Niedersachsen gGmbH** verarbeitet zum Zweck der stationären/teilstationären oder ambulanten Behandlung (Aufnahme, Diagnostik, Therapie und Entlassung) im AWO Psychiatricentrum die erforderlichen Behandlungs- und Versicherungsdaten.

Die **AWO Niedersachsen gGmbH** speichert Behandlungsdaten und Befunde sowie Entlassungsberichte zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung.

Die **AWO Niedersachsen gGmbH** greift zum Zwecke der Behandlung auf vorhandene Behandlungsdaten und Befunde aus früheren Behandlungen zurück.

Grundlage hierfür ist die EU- Datenschutzgrundverordnung in Verbindung mit gesetzlichen Grundlagen auf Bundesebene (Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a), h), Abs. 3, Abs. 4 DSGVO i.V.m. §§ 630a ff, 630 f BGB, § 301 SGB V, § 22 Abs. 1 Nr. 1 b), c) BDSG).

### 2. Schweigepflichtentbindung

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass

**a) die AWO Niedersachsen gGmbH** Behandlungsdaten und Befunde bei den unten genannten Ärzten oder anderen Leistungserbringern (Therapeuten) anfordern kann.

Ja                       Nein

**b) die AWO Niedersachsen gGmbH** Behandlungsdaten und Befunde sowie Entlassungsberichte den unten genannten Ärzten und Behandlern zur Verfügung stellen kann.

Ja                       Nein

Hausarzt/ Kinderarzt

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Straße, PLZ/Ort)

Nervenarzt/ Kinder- und Jugendpsychiater

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Straße, PLZ/Ort)

Sozialpsychiatrischer Dienst

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Straße, PLZ/Ort)

eventuelle weitere Adressaten (z. B. Ärzte, Psychotherapeuten, Landesaufnahmebehörde, APP)

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Straße, PLZ/Ort)

**c) die AWO Niedersachsen gGmbH** die betreffenden Behandlungsdaten im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen zum Zwecke der Abrechnung übermittelt und auf Anforderung der Krankenversicherung Befundberichte sowie Aufnahme- und Entlassungsberichte an diese schicken darf.

Ja                       Nein                       nicht privat versichert

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des privaten Krankenversicherungsunternehmens)

**3. Diese Einwilligung erstreckt sich auf alle Ärzte und anderen Mitarbeiter der AWO Niedersachsen gGmbH, die mit meiner Behandlung, der Behandlung meines(er), unseres(er) Sohnes/Tochter beschäftigt sind. Diese Personen sind durch die AWO Niedersachsen gGmbH zur Verschwiegenheit verpflichtet.**

**4. Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir zur Abgabe dieser Einwilligungserklärung nicht verpflichtet bin/sind und diese Erklärung deshalb freiwillig erfolgt. Mir/Uns ist auch bekannt, dass ohne die Abgabe dieser Einwilligungserklärung eine bestmögliche Behandlung nicht gewährleistet ist.**

**Ich weiß/Wir wissen, dass ich/wir diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann/können. Der Widerruf ist per E-Mail an [Poststelle@awo-apz.de](mailto:Poststelle@awo-apz.de) oder postalisch an AWO Psychiatricentrum, Vor dem Kaiserdom 10, 38154 Königslutter zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Patientin/Patient, Eltern, gesetzliche/-r VertreterIn)

