

Einwilligung des Patienten

Ich, der/die Unterzeichnende _____ (NAME DES PATIENTEN) erkläre, dass ich volljährig und nach geltendem Recht geschäftsfähig bin, dass ich informiert wurde und hiermit meine Einwilligung in die folgenden Punkte erteile:

1. Einwilligung in die Verarbeitung meiner persönlichen Daten (Vorname, Nachname und Geburtsdatum), einschließlich meiner Gesundheitsdaten (Wundbeschreibung, Wundbild und alle Daten, die sich auf die Heilung auswirken: Pathologien, Operationsvorgeschichte, Allergien/Empfindlichkeit der Haut, Behandlungen/Medikamente, Informationen in Bezug auf Beobachtung und Autonomie, Gewicht, Größe, Body-Mass-Index, Knöchel-Brachial-Index) ("Meine Daten"), durch _____ (NAME DES PFLEGEFÜHRERS) ("die medizinische Fachkraft") zum Zweck meiner medizinischen Versorgung. Die medizinische Fachkraft oder ihr Arbeitgeber _____ (NAME DES ARBEITGEBERS) ist der für die Verarbeitung meiner Daten Verantwortliche gemäß den geltenden Gesetzen und Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Privatsphäre und erhebt nur personenbezogene Daten, die angemessen und relevant sind und sich auf das beschränken, was für medizinische Zwecke und die Bereitstellung von Pflege und Behandlung erforderlich ist. Der für die Datenverarbeitung Verantwortliche wird meine Daten stets vertraulich behandeln.

2. Ich erlaube dem medizinischen Fachpersonal, HEALICO zur Erfassung und Verarbeitung meiner Daten für meine medizinische Versorgung zu verwenden.

3. Ich erlaube allen Angehörigen der Gesundheitsberufe, meine Daten auf HEALICO mit meiner vorherigen Zustimmung an andere Angehörige der Gesundheitsberufe weiterzugeben, sofern dies für meine medizinische Versorgung und/oder für diagnostische und/oder therapeutische Zwecke erforderlich ist und sofern diese Informationen für die Durchführung von Maßnahmen zur Koordinierung und Kontinuität meiner Versorgung notwendig sind. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen, wobei der Widerruf die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung auf der Grundlage meiner Einwilligung vor dem Widerruf nicht berührt.

5. Meine Daten dürfen nur so lange aufbewahrt und verwendet werden, wie es für medizinische Zwecke in Übereinstimmung mit den geltenden Rechtsvorschriften und dem Datenschutzgesetz erforderlich ist. Meine Daten werden ein Jahr nach dem Datum, an dem die letzte in HEALICO registrierte medizinische Fachkraft meines Betreuungsteams HEALICO endgültig verlässt gelöscht. Als Patient mit Wohnsitz in der Europäischen Union, werden meine Daten nicht außerhalb der Europäischen Union übertragen.

6. Ich gestatte PICTIME GROUPE (eine Gesellschaft französischen Rechts, eingetragen im Handels- und Gesellschaftsregister von Lille, Frankreich, unter der Nummer 443 498 571, mit Sitz in Campus du Digital 61, rue de l'Harmonie - 59262 Sainghin-en-Mélantois, Frankreich), dem zertifizierten Host der Gesundheitsdaten, der diese Hosting-Dienste im Unterauftrag an AMAZON WEB SERVICES Inc. (AMAZON WEB SERVICES EMEA SARL, französische Niederlassung, eingetragen im Handels- und Gesellschaftsregister von Nanterre unter der Nummer 831 001 334, mit Sitz in Tour Carpe Diem 31 Place Des Corolles, 92400 Courbevoie Frankreich) die Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der Erbringung ihrer Hosting-Dienstleistungen für meine Daten in der Europäischen Union.

Laboratoires URGO (ein Unternehmen französischen Rechts, eingetragen im Handels- und Gesellschaftsregister von Dijon, Frankreich, unter der Nummer 433 842 044, mit Sitz in 42 rue de Longvic, 21300 Chenôve, Frankreich), dem rechtlichen Hersteller von HEALICO und dem von my Healthcare Professional ausgewählten Datenverarbeiter, erlaube ich, nichtidentifizierende Informationen zu verarbeiten, um die eigenständige Software HEALICO und die damit verbundenen Dienstleistungen zu verbessern und Statistiken und Vorhersagemodelle zu entwickeln (um die Dauer der Wundheilung vorherzusagen und die Wundheilungsmerkmale zu analysieren).

7. Mir ist bekannt, dass die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meiner Daten meine Zustimmung ist.

8. Ich habe das Recht:

- Zugang zu meinen Daten, deren Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Datenverarbeitung und das Recht auf Übertragbarkeit zu verlangen;
- Widerspruch gegen die Verarbeitung einzulegen;
- meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die auf der Einwilligung vor deren Widerruf beruht, berührt wird;
- Richtlinien über das Schicksal meiner Daten nach meinem Tod festzulegen (nur in Frankreich anwendbar)

Diese Rechte müssen durch Kontaktaufnahme mit meiner medizinischen Fachkraft geltend gemacht werden. Wenn ich nach der Kontaktaufnahme mit meiner medizinischen Fachkraft das Gefühl habe, dass meine Rechte nicht respektiert werden, habe ich das Recht, eine Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde einzureichen:

<https://www.bfdi.bund.de/EN/DataProtection/Subjects/Complaints/Complaints.html>

Diese Informationen wurden von _____ (NAME DES BETREUERS) erstellt.

Unterzeichnet am _____