

Die Ombudsperson

**Schweigepflichtenbindungserklärung und
Einverständnis zur Datenübermittlung
für die Ombudsperson am UKE
Dr. Monika Hartges**

Erklärung der Patientin/ des Patienten:

Hiermit entbinde ich, _____

(Name, Vorname, Geburtsdatum in DRUCKSCHRIFT)

die **Ombudsperson des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)**, KdöR (Frau Dr. Monika Hartges) zum Zwecke der Klärung meines an die Ombudsperson herangetragenen Anliegens

1) gegenüber den mit meiner Behandlung im UKE-Konzern befassten Ärztinnen und Ärzten sowie sonstigen an meiner Behandlung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von ihrer **Schweigepflicht**. UKE-Konzern im Sinne dieser Erklärung meint das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf KdöR sowie die mit dem UKE verbundenen Unternehmen (Tochtergesellschaften) im Sinne der §§ 15 ff. Aktiengesetz.

Ebenso bin ich damit einverstanden, dass die Ombudsperson mein Anliegen – soweit erforderlich – gegenüber weiteren Beschäftigten des UKE-Konzerns aus den nicht-medizinischen Bereichen (z.B. aus den Zentralen Diensten, wie dem GB Recht, dem GB Qualitätsmanagement, dem GB Zentrale Entgeltabrechnung und Patientenaufnahme) sowie gegenüber den von mir unter **2)** ausdrücklich benannten **Dritten** offenlegen darf. Hierfür befreie ich die Ombudsperson ebenfalls von ihrer **Schweigepflicht**.

Zudem bin ich damit einverstanden, dass die Ombudsperson meine personenbezogenen Daten zur ordnungsgemäßen Bearbeitung meines Anliegens verarbeitet (z.B. erheben, speichern, nutzen,



H A M B U R G

weiterleiten), soweit dies erforderlich ist. Zu diesem Zweck darf die Ombudsperson insbesondere auch mit den im Zusammenhang mit meinem Anliegen stehenden Beschäftigten des UKE-Konzerns sowie mit den von mir unter **2)** benannten Dritten in Kontakt treten und weitere Informationen von diesen einholen. Mir ist bewusst, dass dies insbesondere auch die erforderlichen Inhalte meiner Patientendokumentation bzw. solche Unterlagen umfasst, die Gesundheitsdaten und sonstige vertrauliche Informationen über mich enthalten können.

2) Folgende Dritte (z.B. Krankenkasse, Rechtsanwalt*innen) benenne ich zur Klärung meines Anliegens (*nur ausfüllen wenn das der Fall ist*):

Diese Erklärung ist freiwillig. Ich kann diese Erklärung jederzeit formlos und ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft ggü. dem UKE widerrufen, ohne dass hierdurch die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Übermittlung berührt wird.

Ort, Datum

.....

Patient/Patientin/ Vertretungsbefugte Person/en (Name bitte ausschreiben).