

INFORMATIONSSCHREIBEN ZUR ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Südtiroler Sanitätsbetrieb weist mit dem vorliegenden Schreiben im Sinne von Artikel 13 der EU Verordnung Nr. 2016/679 darauf hin, dass die Elektronische Patientenakte aktiviert wurde, um die Prozesse der Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation zu verbessern. Es handelt sich dabei um eine digitale Sammlung sämtlicher klinischen Daten und Unterlagen zu den für den betreffenden Patienten erbrachten Gesundheitsleistungen.

Die Akte gibt Aufschluss über die Krankengeschichte jedes einzelnen Patienten und kann von Fachkräften des Gesundheitsdienstes, die die Patienten innerhalb des Sanitätsbetriebes in Behandlung nehmen, eingesehen werden, um den Gesundheitszustand des Patienten anhand von Informationen zu den in der Vergangenheit beanspruchten Gesundheitsleistungen so umfassend wie möglich bewerten und so rasch wie möglich die am besten geeigneten Behandlungsmethoden bestimmen zu können.

Die Elektronische Patientenakte wurde nach den geplanten Maßnahmen, die in den spezifischen Richtlinien vom 4. Juni 2015 festgelegt worden sind, organisiert. Ihre Erstellung ist fakultativ und freiwillig: Falls Sie daher bereits Ihre allgemeine Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten erteilt haben, müssen Sie eine spezifische Einwilligung geben, um gegebenenfalls Ihre Elektronische Patientenakte aktivieren zu lassen. Besagte Einwilligung kann natürlich jederzeit widerrufen werden. Der Sanitätsbetrieb garantiert Ihnen in jedem Fall, dass der Zugriff auf klinische Daten in der Elektronischen Patientenakte ausschließlich während des Behandlungsverlaufs und in Notfällen erlaubt ist. Die Einwilligung gilt für die von den derzeitigen und zukünftigen Systemen unter Einhaltung der geltenden Gesetze generierten Daten. Diese bilden in ihrer Gesamtheit die Elektronische Patientenakte des Sanitätsbetriebes. Sie können jederzeit in Erfahrung bringen, welche Abteilungen/Dienste/Systeme gegebenenfalls Daten in Ihre Elektronische Patientenakte eintragen.

Falls Sie die möglichen Vorteile im Zusammenhang mit der Elektronischen Patientenakte nicht nutzen möchten, gewährleistet der Sanitätsbetrieb in jedem Fall den Zugang zu allen Behandlungen, die Sie benötigen.

Falls Sie die Einsichtnahme in Ihre Elektronische Patientenakte nicht erlauben, bzw. die entsprechende Erlaubnis nach ihrer Erteilung widerrufen möchten, können Ihre Daten ausschließlich vom Personal jener Abteilung eingesehen und verwendet werden, welche besagte Daten generiert hat.

Sie haben das Recht jederzeit Auskunft darüber zu erhalten, ob Gesundheitsdaten zu Ihrer Person vorhanden sind, deren Inhalt und Herkunft zu erfahren und deren Richtigkeit zu prüfen bzw. deren Ergänzung oder Aktualisierung oder Berichtigung zu verlangen (Art. 15, der EU-Verordnung Nr. 2016/679). Sie haben außerdem das Recht zu erfahren, wann und ob Zugänge auf Ihre Elektronische Patientenakte stattgefunden haben (begrenzt auf Datum, Zeit des Zuganges sowie die Angabe des Dienstes/der Abteilung und den Tätigkeitsbereich des Mitarbeiters, der Einsicht genommen hat). Sie haben außerdem das Recht, bestimmte klinische Vorfälle verdunkeln zu lassen bzw. zu verlangen, dass bestimmte Gesundheitsleistungen nicht in Ihre Elektronische Patientenakte eingetragen werden (Recht auf Verdunkelung).

Die Verdunkelung scheint in keiner Weise auf und daher ist für niemanden sichtbar, ob bzw. dass Sie von Ihrem Recht Gebrauch gemacht haben (Verdunkelung der Verdunkelung). Sie können die Verdunkelung jederzeit widerrufen (Aufhebung der Verdunkelung).

Ihre Elektronische Patientenakte wird aus Gesundheitsdaten erstellt, die Ihre Person betreffen und auf Ihre Einwilligung hin von diesem Sanitätsbetrieb generiert werden.

Der Sanitätsbetrieb hat diesbezüglich entschieden, dass Daten die einem besonderen Schutz unterliegen, nicht über die Elektronische Patientenakte eingesehen werden können (Daten betreffend: sexueller Gewalt, Pädophilie, HIV-Infektion, pathologische Süchte, Leistungen für Frauen, die sich einer freiwilligen Schwangerschaftsunterbrechung unterziehen oder sich entschließen, in Anonymität zu gebären, Leistungen der Familienberatung, Daten des Psychologischen Dienstes und des psychiatrischen Dienstes).

Um dem behandelnden Gesundheitspersonal ein umfassendes klinisches Bild Ihrer Situation zu vermitteln, können Sie zudem auch Ihre Einwilligung zur Einführung von bereits im Besitz des Sanitätsbetriebes befindlichen Gesundheitsdaten in Ihre Elektronische Patientenakte geben.

In Bezug auf die Elektronische Patientenakte teilen wir Ihnen außerdem mit, dass die spezifische Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch den Rechtsinhaber des Südtiroler Sanitätsbetriebes, mit Sitz in der Sparkassenstraße 4, 39100 Bozen, anhand automatisierter Verfahren und nur von

befugtem Personal durchgeführt wird, Personal welches für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten ausdrücklich ernannt worden ist und unter Einhaltung der geltenden Rechtsvorschriften. Dabei wird Folgendes eingehalten:

- das Ergreifen angemessener technischer und organisatorischer Maßnahmen;
- der Einsatz von Systemen zur Kontrolle der Zugriffe (Audit-Log) sowie geeigneter Authentifizierungs- und Berechtigungssysteme und auch automatische „Alerts“ und zwar Indikatoren von Anomalien;
- die Aufbewahrung der Logs für einen Zeitraum von nicht mehr als 24 Monaten.

Die Elektronische Patientenakte wird vernichtet, wenn die spezifische Einwilligung für die Erstellung widerrufen wird und im Todesfall der betroffenen Person.

Falls Sie weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten über die Elektronische Patientenakte anfordern, Ihre Einwilligung widerrufen, Ihre Befugnis zur Verdunkelung und bzw. deren Aufhebung ausüben möchten, in die Verzeichnisse der für den Zugang zur Elektronische Patientenakte autorisierten Personen Einsicht haben möchten oder das Zugriffsrecht laut Art. 15, EU Verordnung Nr. 2016/679 geltend machen wollen, können Sie sich an folgende Stellen wenden:

- **Gesundheitsbezirk Bozen**

Krankenhaus Bozen:

- Amt für Bürgeranliegen (Tel. 0471 908948)
- Ärztliche Direktion (Tel. 0471 908208/908504)
- Verwaltungsleitung (Tel. 0471 435064/65);

- **Gesundheitsbezirk Meran**

Krankenhaus Meran: Büro für Bürgeranliegen (Tel. 0473 264985);

Krankenhaus Schlanders: Mitteilungsstelle (Tel. 0473 738416);

- **Gesundheitsbezirk Brixen**

Krankenhäuser Brixen und Sterzing: Verwaltungsleiter der Krankenhäuser Brixen und Sterzing (Tel. 0472 812128) oder Amt für Patientenaufnahme und -verrechnung, Kommunikation und Bürgeranliegen (Tel. 0472 812145);

- **Gesundheitsbezirk Bruneck**

Krankenhaus Innichen und Territorium: Verwaltungsleitung des Krankenhauses Innichen (Tel. 0474 917007).

und auf jeden Fall an die Datenschutzsteuerungsgruppe, die von der Datenschutzreferentin und dem/der Data Protection Officer zusammengesetzt ist.

E-Mail-Adresse: privacy@sabes.it

Form. A

EINWILLIGUNG ZUR ERSTELLUNG UND FÜHRUNG DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE

Der/die Unterfertigte (Name und Nachname), _____,

geboren in _____, am ____ . ____ . ____,

Steuernummer □□□ □□□ □□□□□ □□□□□,

wohnhaft in (Gemeinde, Provinz, Land) _____,

Adresse: _____,

erklärt in eigener Sache oder als (entsprechende Unterlagen zum Beleg einreichen):

Vormund Rechtliche/r Vertreter/in Sachwalter/in

Ausübende/r der elterlichen Verantwortung

von (Name und Nachname) _____,

geboren in _____, am ____ . ____ . ____,

Steuernummer □□□ □□□ □□□□□ □□□□□,

wohnhaft in (Gemeinde, Provinz Land) _____,

Adresse: _____,

die Bestimmungen von Art. 76 und 73, D.P.R. Nr. 445 vom 28. Dezember 2000, betreffend die strafrechtlichen Folgen von Dokumentenfälschung und Falscherklärungen zu kennen.

ICH STIMME DER ERSTELLUNG DER ELEKTRONISCHEN PATIENTENAKTE UND DEREN FÜHRUNG MIT ZUKÜNFTIG GENERIERTEN DATEN ZU

Ja Nein

ICH STIMME DER EINFÜHRUNG BISHER GENERIERTER DATEN IN DIE ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE ZU

Ja Nein

Bei der Einreichung sind ein gültiger Ausweis oder eine Vollmacht zusammen mit einem Ausweis des Vollmachtgebers vorzulegen.

Mit der nachfolgenden Unterschrift erkläre ich ausdrücklich, das Informationsschreiben laut Art. 13, der EU-Verordnung, über die Methoden der Verarbeitung digitalisierter personenbezogener und sensibler Daten durch den Südtiroler Sanitätsbetrieb (auch über die Webseite www.sabes.it abrufbar) verstanden zu haben und stimme der Verarbeitung aus freiem Willen zu.

Ort und Datum

Unterschrift (vollständig und leserlich)

Dem Amt vorbehalten

Bei Entgegennahme in Papierform:

Matr.-Nr. Mitarbeiter/in _____ Datum _____ Unterschrift Mitarbeiter/in _____

Archivierung in der Datenbank für die Verwaltung der Einwilligungserklärungen:

Matr.-Nr. Mitarbeiter/in _____ fortl. Nummer _____ Datum _____

Unterschrift Mitarbeiter/in _____

ANTRAG AUF VERDUNKELUNG/AUFHEBUNG DER VERDUNKELUNG VON VORFÄLLEN/EPISODEN

Der/die Unterfertigte (Name und Nachname), _____,

geboren in _____, am ____ . ____ . ____,

Steuernummer □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

wohnhaft in (Gemeinde, Provinz, Land) _____,

Adresse: _____,

erklärt in eigener Sache oder als (entsprechende Unterlagen zum Beleg einreichen):

Vormund Rechtliche/r Vertreter/in Sachwalter/in

Ausübende/r der elterlichen Verantwortung

von (Name und Nachname) _____,

geboren in _____, am ____ . ____ . ____,

Steuernummer □□□ □□□ □□□□□ □□□□□,

wohnhaft in (Gemeinde, Provinz, Land) _____,

Adresse: _____,

die Bestimmungen von Art. 76 und 73, D.P.R. Nr. 445 vom 28. Dezember 2000, betreffend die strafrechtlichen Folgen von Dokumentenfälschung und Falscherklärungen zu kennen.

ICH BEANTRAGE DIE VERDUNKELUNG FOLGENDER VORFÄLLE/EPISODEN:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

ICH BEANTRAGE DIE AUFHEBUNG DER VERDUNKELUNG FOLGENDER VORFÄLLE/EPISODEN:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Bei der Einreichung sind ein gültiger Ausweis oder eine Vollmacht zusammen mit einem Ausweis des Vollmachtgebers vorzulegen.

Mit der nachfolgenden Unterschrift erkläre ich ausdrücklich, das Informationsschreiben laut Art. 13, der EU-Verordnung, über die Methoden der Verarbeitung digitalisierter personenbezogener und sensibler Daten durch den Südtiroler Sanitätsbetrieb (auch über die Webseite www.sabes.it abrufbar) verstanden zu haben und stimme der Verarbeitung aus freiem Willen zu.

Ort und Datum

Unterschrift (vollständig und leserlich)

Dem Amt vorbehalten

Bei Entgegennahme in Papierform:

Matr.-Nr. Mitarbeiter/in _____ Datum _____ Unterschrift
Mitarbeiter/in _____

Archivierung in der Datenbank für die Verwaltung der Einwilligungserklärungen:

Matr.-Nr. Mitarbeiter/in _____ fortlaufende Nummer _____

Datum _____ Unterschrift Mitarbeiter/in _____