

Vor- und Zuname:

Adresse:

Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum:

Information über das Programm „Mammographie-Reihenuntersuchung-Austria, Bundesland Salzburg“

(Gleichzeitig Information über das Vorliegen eines Informationsverbundsystems gemäß des § 24 Abs. 2 Z 3 DSG 2000)

Ich wurde heute von meiner Ärztin/meinem Arzt umfassend über die medizinischen und administrativen Aspekte des Programms „Mammographie-Reihenuntersuchung-Austria, Bundesland Salzburg“ informiert.

Im Rahmen dieses Aufklärungsgesprächs wurde mir Nachstehendes erläutert: Zweck dieses Programms ist die möglichst flächendeckende Durchführung von Brustkrebs-Vorsorgeuntersuchungen im Bundesland Salzburg. Die bei den Vorsorgeuntersuchungen erzeugten **Mammographie-Röntgenbilder**, die diesbezüglichen Befunde und die sonstigen Untersuchungsergebnisse von der Erstuntersuchung bis zu einer allfälligen Nachbetreuung nach einer Operation sollen in einem elektronischen Informationssystem erfasst und zur Unterstützung der behandelnden Ärzte/Ärztinnen und Krankenhäuser bereit gehalten werden. Dies ist erforderlich zur Qualitätssicherung meiner Behandlung. Größtmögliche Qualität wird u. a. dadurch sichergestellt, dass **die Röntgenbilder** immer durch einen zweiten Arzt/Ärztin und bei unterschiedlicher Beurteilung noch durch einen dritten Arzt/Ärztin begutachtet werden. Die Aufzeichnung des Behandlungsverlaufs und der Ergebnisse dient der Optimierung der angewendeten Behandlungsmethoden.

Auf meine zu dem beschriebenen Zweck im Mammographie-Reihenuntersuchungs-System gespeicherten persönlichen Daten haben nur die an der Behandlung beteiligten Ärzte/Ärztinnen und Krankenhäuser Zugriff (Informationsverbundsystem). In anonymisierter Form können die Daten auch der medizinischen Forschung zugänglich gemacht werden.

Folgende Datenarten können im System maximal gespeichert sein:

- ▶ Vor- und Zuname, akad. Grad, Titel
- ▶ Sozialversicherungsnummer
- ▶ Geburtsdatum
- ▶ Sprache
- ▶ Herkunftsland
- ▶ Daten, die im Fragebogen enthalten sind
- ▶ Anamnesedaten, Gesundheitszustand
- ▶ Angaben zu Mammographieaufnahmen verarbeitet, ausgewertet
- ▶ Befunddaten der radiologischen Aufnahmen aus dem Screening
- ▶ Diagnosedaten
- ▶ Behandlungsdaten, Behandlungsanalysedaten
- ▶ Angaben zum weiteren Vorgehen nach der Untersuchung d. Gewebes
- ▶ Name d. behandelnden Arztes/Ärztin/Krankenhauses

Bitte Blatt wenden!

Ausdrückliche Zustimmungserklärung zur Verwendung meiner persönlichen Daten im „Mammographie-Reihenuntersuchungs-System, Bundesland Salzburg“

- Ich erkläre hiermit meine ausdrückliche Zustimmung dazu, dass meine persönlichen Daten (siehe die oben aufgezählte maximale Anzahl von Datenarten) in dem Informationsverbundsystem „Mammographie-Screening-Austria, Bundesland Salzburg“ von den teilnehmenden Ärzten/Ärztinnen und Krankenhäusern im Behandlungsfall eingesehen, verarbeitet und ausgewertet werden dürfen.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit gegenüber meiner behandelnden Ärztin/meinem behandelnden Arzt oder Krankenhaus oder auch gegenüber dem Betreiber des Systems (§ 50 DSGVO 2000), der Firma Ebner & Hohenauer HC Consult GmbH (Adresse siehe unten), mit der Folge widerrufen, dass meine gespeicherten persönlichen Daten aus dem „Mammographie-Screening-Austria, Bundesland Salzburg“ Programm gelöscht werden.

- Einwilligungserklärung zur Datenerfassung in der Einladungsdatenbank**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Adresse, Sozialversicherungsnummer und Geburtsdatum) in einer Einladungsdatenbank bei AVOS (Arbeitskreis Vorsorgemedizin Salzburg) computerunterstützt aufgezeichnet werden und ich gemäß dem Empfehlungen an die nächste Mammographie – Untersuchung zeitgerecht erinnert werde.

Diese Zustimmung kann ich jederzeit durch eine schriftliche Erklärung gegenüber AVOS - Arbeitskreis für Vorsorgemedizin widerrufen (Adresse siehe unten). Meine personenbezogenen gespeicherten Daten werden in diesem Fall gelöscht.

- Ich bin damit einverstanden, dass der Befund an meine/n Hausärztin/Hausarzt

_____ und/oder meine/n Frauenärztin/arzt
_____ übermittelt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass der Arzt/die Ärztin dieses Unterschriftenblatt an AVOS übermittelt.

Ort, Datum

Unterschrift der Frau

Unterschrift Arzt/Ärztin

Name und Anschrift des Datenbankbetreibers

für Befunddaten:

Firma Ebner & Hohenauer HC Consult GmbH
Alserstraße 4/1/15/5, 1090 Wien
Telefonnummer: +43 1 409 2690 11
Fax: +43 1 409 2690 9

Name und Anschrift des Datenbankbetreibers

für Einladungsdaten:

AVOS Arbeitskreis Vorsorgemedizin Salzburg
Elisabethstrasse 2, 5020 Salzburg
Telefonnummer: +43 (0)662 - 88 75 88 - 40
Fax: +43 (0)662 - 88 75 88 -16