



**Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit,  
Pflege und Gleichstellung**

**- Die Patientenbeauftragte -**

Oranienstraße 106, 10969 Berlin

## **Erlaubnis**

**Familienname:**

**Vorname:**

**Adresse:**

**Telefonnummer:**

**Emailadresse:**

**1. Schilderung des Anliegens (falls auf anderem Wege noch nicht erfolgt):**

**2. an welche Stellen soll sich die Patientenbeauftragte zur Klärung des Anliegens wenden:**

Berlin, den

Unterschrift

## **Datenschutzrechtliche Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht**

Hiermit gestatte ich der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, dort der Patientenbeauftragten für Berlin (kurz „Patientenbeauftragte“), meine Angelegenheit bei den oben genannten Stellen zu vertreten und eine Stellungnahme zum oben genannten Sachverhalt einzuholen.

Für die Bearbeitung Ihres Anliegens verarbeitet die Patientenbeauftragte Ihre personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten (kurz „Daten“). Die Patientenbeauftragte wird sich mit den oben genannten Stellen austauschen, die ebenfalls Ihre Daten verarbeiten können. Ihre Daten können auch zwischen der Patientenbeauftragten und den genannten anderen Stellen übermittelt werden, soweit dies zur Klärung Ihres oben genannten Anliegens notwendig ist. Dafür benötigen die Patientenbeauftragte und die anderen Stellen Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Damit sich die Patientenbeauftragte und anderen Stellen austauschen können, müssen sie zudem von der gesetzlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB entbunden werden.

Es steht Ihnen frei, diese Einwilligung nicht abzugeben oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Bitte beachten Sie, dass im Falle der Nichterteilung oder des Widerrufs eine Bearbeitung Ihres Anliegens durch die Patientenbeauftragte gegebenenfalls nicht mehr möglich ist.

### **Verarbeitung meiner Daten**

Ich willige ein, dass die Patientenbeauftragte die von mir in Zusammenhang mit meiner Anfrage mitgeteilten Daten verarbeitet. Wenn Stellen, mit denen sich die Patientenbeauftragte austauscht, der Patientenbeauftragten Daten übermitteln, darf sie auch diese verarbeiten. Ich willige zudem ein, dass die Stellen, mit denen sich die Patientenbeauftragte austauscht, meine Daten verarbeiten und der Patientenbeauftragten diese übermitteln dürfen.

### **Entbindung von der Schweigepflicht**

Ich entbinde die Patientenbeauftragte von ihrer Schweigepflicht, damit sie meine Daten sowie weitere gemäß § 203 StGB geschützte Informationen, wie zum Beispiel die Tatsache, dass ich mich in der

oben bezeichneten Angelegenheit an sie gewendet habe, an andere Stellen weiterleiten darf.

Ich entbinde zudem die oben genannten Stellen, mit denen sich die Patientenbeauftragte austauscht, von ihrer Schweigepflicht gemäß § 203 StGB gegenüber der Patientenbeauftragten, damit diese ihr Informationen zu meinem Anliegen übermitteln können.

Weitere Informationen und Widerrufshinweise finden Sie in der Datenschutzerklärung unter <https://www.berlin.de/sen/wgpg/datenschutzerklaerung.703294.php>.

Berlin, den

Unterschrift