

## Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Orthopädische Klinik Markgröningen gGmbH nimmt eine führende Stellung in der Patientenversorgung, Forschung und Lehre ein. Zu unseren Aufgaben gehört nicht nur die Ausbildung von Medizinstudenten und Klinikärzten, sondern auch die Wissensvermittlung an Ärzte aus anderen Kliniken im Rahmen eines Gastaufenthaltes. Dies betrifft sowohl die Teilnahme an ärztlichen Visiten und Konferenzen als auch in Einzelfällen eine Anwesenheit bei Operationen. Weiterhin ist im Rahmen von komplexen Eingriffen bzw. der Weiterentwicklung von medizinischen Geräten und Implantaten gelegentlich die Anwesenheit von Mitarbeitern entsprechender Medizinproduktehersteller bei Operationen erforderlich.

Selbstverständlich werden alle medizinischen Maßnahmen bzw. operativen Eingriffe nicht von anwesenden Gästen bzw. Mitarbeitern von Medizinprodukteherstellern durchgeführt, sondern immer von einem Arzt der Orthopädischen Klinik Markgröningen gGmbH bzw. Belegarzt. Auch werden keinerlei persönliche Daten von Ihnen an Gäste bzw. Mitarbeiter von Medizinprodukteherstellern weitergegeben. Entsprechende Regelungen zur Aufbewahrung von Patientenunterlagen während Ihrer Klinikbehandlung stellen sicher, dass diese Personen keinen Einblick erhalten.

Sollte im Rahmen Ihrer medizinischen bzw. operativen Behandlung ein ärztlicher Gast oder Mitarbeiter von Medizinprodukteherstellern anwesend sein, möchten wir Sie unter Zusicherung des Schutzes Ihrer persönlichen Daten deshalb um Ihr Einverständnis bitten. Selbstverständlich besteht für Sie auch die Möglichkeit, dazu Ihr Einverständnis nicht zu geben, ohne dass dies eine nachteilige Auswirkung auf Planung und Durchführung Ihrer Behandlung hat. Wir würden uns jedoch freuen, wenn Sie mit Ihrem Einverständnis unsere wichtigen Aufgaben unterstützen können.

Olaf Sporys  
Geschäftsführer

- Ich bin mit der Anwesenheit von einem Gast bzw. Mitarbeiter von Medizinprodukteherstellern im Rahmen von medizinischen Behandlungsmaßnahmen bzw. einem operativen Eingriff einverstanden. Meine persönlichen Daten dürfen nicht an diese Personen weitergegeben werden.
- Ich bin mit der Anwesenheit von einem Gast bzw. Mitarbeiter von Medizinprodukteherstellern im Rahmen von medizinischen Behandlungsmaßnahmen bzw. einem operativen Eingriff **nicht** einverstanden.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin/Patient