



Datenschutzrechtliche Einwilligung und Schweigepflichtsentbindung zur Fallbesprechung in dem FGM-Board

Liebe Patientin,

wir möchten Ihren Fall der Genitalbeschneidung („FGM-Fall“) in einer virtuellen Fallkonferenz („FGM-Board“) besprechen und Sie deshalb um Ihre ausdrückliche Einwilligung in die damit verbundenen Datenverarbeitungen bitten. Ihre Einwilligungserteilung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Zusätzlich möchten wir Sie um die Entbindung Ihrer behandelnden Ärztin¹ von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht für die Fallbesprechung in dem FGM-Board bitten.

Das FGM-Board wird von der Arbeitsgemeinschaft FIDE e.V. (Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit) mit dem Ziel organisiert, die Diagnose und Behandlung von Genitalbeschneidungen in Deutschland zu verbessern. An dem FGM-Board nehmen Ärztinnen und medizinisches Fachpersonal aus der Frauenheilkunde teil, um sich gegenseitig bei der Diagnose und Therapie von FGM-Fällen zu unterstützen, sich fort- und weiterzubilden sowie um Fachwissen zu dem Thema auszutauschen.

Dies erfolgt mithilfe von FGM-Fällen, die sich derzeit bei den einzelnen Teilnehmerinnen des FGM-Boards in Behandlung befinden. Gerne würden wir auch Ihren Fall in dem FGM-Board besprechen und hierfür um Ihre Einwilligung bitten.

Für Rückfragen zur Einwilligung steht Ihnen Ihre behandelnde Ärztin gerne zur Verfügung.

A. Kategorien personenbezogener Daten

Für die Fallbesprechung möchten wir folgende Kategorien Ihrer personenbezogenen Daten in pseudonymisierter Form verarbeiten:

- Daten zu Ihrer Person (Alter, Herkunftsland und Fluchtgeschichte) sowie
- Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit Ihrer Genitalbeschneidung (Bildaufnahmen Ihrer Vulva, Informationen zu körperlichen und psychischen Begleiterscheinungen und -erkrankungen, Schwangerschaften/Geburten, medizinischen Diagnosen sowie (möglichen) Behandlungen).

Pseudonymisiert bedeutet dabei, dass in der virtuellen Fallkonferenz keine Angaben zu Ihrer Person gemacht werden, mit denen sie direkt identifiziert werden können (z.B. Name oder Adresse). Es lässt sich allerdings nicht vollständig ausschließen, dass auch ohne diese Angaben Rückschlüsse zu Ihrer Person gezogen werden können.

Für den Schutz Ihrer pseudonymisierten Daten werden die Teilnehmerinnen des FGM-Boards deshalb zum Datenschutz verpflichtet, insbesondere wird ihnen die Anfertigung von Bild- und

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen in dieser Einwilligung die weibliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Tonaufnahmen während der Konferenz untersagt. Ferner wird die Konferenz passwortgeschützt sowie Ende-zu-Ende verschlüsselt durchgeführt.

B. Verarbeitungszwecke

Ihre oben genannten pseudonymisierten Daten werden für folgende Zwecke verarbeitet:

- Anfertigung einer Präsentation zur Besprechung Ihres FGM-Falles im Vorfeld der virtuellen Fallkonferenz und
- Präsentation und Besprechung Ihres FGM-Falles in der virtuellen Fallkonferenz für folgende Zwecke:
 - o Unterstützung Ihrer Ärztin bei der Diagnosestellung und Behandlung Ihrer Genitalbeschneidung,
 - o Aus- und Weiterbildung der Teilnehmerinnen des FGM-Boards zur Diagnosestellung und Behandlung von Genitalbeschneidungen sowie
 - o fachlicher Austausch zum Thema Genitalbeschneidungen.

C. Rechtsgrundlage und Speicherdauer

Die oben genannten Datenverarbeitungen werden auf Ihre Einwilligung gemäß Artikel 6 Abs. 1 lit. a und Artikel 9 Abs. 2 lit. a Datenschutzgrundverordnung („DSGVO“) gestützt.

Durch Ihre Einwilligung und die oben genannten Datenverarbeitungen entstehen für Sie keine Vergütungs-, Aufwandsentschädigungs- oder sonstigen Ansprüche.

Die Präsentation Ihres FGM-Falles mit Ihren pseudonymisierten Daten wird bis zur Durchführung Ihrer Fallbesprechung gespeichert und im Anschluss daran gelöscht. Unberührt bleibt hiervon die Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten in Ihrer Patientenakte für Ihr Behandlungsverhältnis.

D. Verantwortlichkeit

Für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist Ihre behandelnde Ärztin verantwortlich im Sinne des Datenschutzrechtes.

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

E. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

An der virtuellen Fallkonferenz nehmen Ärztinnen und medizinisches Fachpersonal aus der Frauenheilkunde teil. Infolge des Passwortschutzes können nur die eingeladenen Mitgliederinnen der Konferenz beitreten.

Für die Durchführung der virtuellen Fallkonferenz wird der Videokonferenzanbieter „Zoom“ verwendet. Durch die Ende-zu-Ende Verschlüsselung hat Zoom nach eigenen Angaben keinen Zugriff auf die Inhalte der virtuellen Fallkonferenz.

F. Ihre Rechte

Sie haben das Recht Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Verantwortlichen (siehe unter D.) ohne Angabe von Gründen und nachteilige Folgen zu widerrufen. Hiervon bleibt die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen unberührt.

Daneben haben Sie im Rahmen der Vorgaben der DSGVO ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Widerspruch, Datenübertragbarkeit gegenüber der Verantwortlichen (siehe unter D.) und ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde.

G. Einwilligung und Schweigepflichtsentbindung

Anbei können Sie Ihre Einwilligung und Schweigepflichtsentbindung auf freiwilliger Basis erteilen. Die Nichterteilung Ihrer Einwilligung und Schweigepflichtsentbindung ist für Sie mit keinen nachteiligen Folgen verbunden.

Hiermit willige ich ausdrücklich in die Verarbeitung der unter A. genannten Kategorien meiner personenbezogenen Daten zu den unter B. genannten Zwecken in pseudonymisierter Form für die Besprechung meines FGM-Falles in dem FGM-Board ein.

- Ja**, ich willige ein.
- Nein**, ich willige nicht ein.

Ferner entbinde ich meine behandelnde Ärztin _____ von ihrer ärztlichen Schweigepflicht zur oben dargestellten Präsentation meines FGM-Falles in dem FGM-Board.

- Ja**, ich entbinde meine behandelnde Ärztin hierfür von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.
- Nein**, ich entbinde meine behandelnde Ärztin hierfür nicht von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die obige Einwilligung und Schweigepflichtsentbindung erteilt sowie die zur Verfügung gestellten Informationen gelesen und verstanden haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

Sorgeberechtigte/Sorgeberechtigter bei minderjähriger Patientin