

**Unabhängige Ombudsperson**  
Medizinischer Dienst Nord  
Hammerbrookstraße 5  
20097 Hamburg

Übersendung per Fax: 040 25169 – 591111

Übersendung per E-Mail: [ombudsperson@md-nord.de](mailto:ombudsperson@md-nord.de)

Bitte wenden

## Eingabe an die unabhängige Ombudsperson

In den Formularfeldern, die mit einem Sternchen \* versehen sind, fragen wir Informationen ab, die unbedingt benötigt werden, um Ihr Anliegen bearbeiten zu können.

### Angaben zur betroffenen Person (Versicherte oder Beschäftigte)

Vorname und Name\*:

.....

Geburtsdatum\*:

.....

Straße und Hausnummer\*:

.....

Postleitzahl und Ort\*:

.....

Telefonnummer:

.....

E-Mail:

.....

### Angaben zur einsendenden Person

Ich bin die betroffene Person.

Falls Sie nicht die betroffene Person sind:

Vorname und Name\*:

.....

Telefonnummer:

.....

E-Mail:

.....

Straße und Hausnummer\*:

.....

Postleitzahl und Ort\*:

.....

In welchem Verhältnis stehen Sie zu der/dem Versicherten?  
(Bitte Vollmacht und/oder Betreuungsvollmacht beifügen)

.....

## Grund der Eingabe\*

## Datenschutzrechtliche Einwilligungen und Schweigepflichtentbindung im Verhältnis zwischen der Ombudsperson und dem Medizinischen Dienst Nord

### Einsicht der Ombudsperson in Ihre Unterlagen beim Medizinischen Dienst Nord, Einholung einer Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Nord, Weiterleitung einer Beschwerde an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Nord

Damit Sie sich vertraulich an die Ombudsperson wenden könne, unterliegt diese – auch im Verhältnis zum Medizinischen Dienst Nord – einer Verschwiegenheitspflicht. Wenn Sie nicht nur ein allgemeines Anliegen haben, sondern es um eine konkrete Angelegenheit zu Ihrer Person geht, ist es in der Regel für eine sachgerechte Bearbeitung erforderlich, dass die Ombudsperson den MD Nord über Ihr Anliegen informiert, Ihre Unterlagen einsieht oder eine Stellungnahme des MD Nord einholt und so gezielt in Ihrer Angelegenheit ermitteln kann. Dafür ist es erforderlich, dass Sie die Ombudsperson, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie den MD Nord von ihren Verschwiegenheitspflichten entbinden. Ihre Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht und zur Einwilligung in den Informationsaustausch zwischen der Ombudsperson und dem MD Nord können Sie durch entsprechendes Ankreuzen in diesem Formular erteilen.

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Internetseite unter [www.md-nord.de/ueber-uns/struktur/](http://www.md-nord.de/ueber-uns/struktur/) in der Rubrik Ombudsperson.

Wenn Sie damit einverstanden sind, kann die Ombudsperson Ihr Anliegen auch an das Beschwerdemanagement des MD Nord weiterleiten, sofern Ihr Anliegen in dessen Zuständigkeitsbereich fällt.

Bitte kreuzen Sie im Folgenden Zutreffendes an.

**Einsicht der Ombudsperson in meine von dem Medizinischen Dienst Nord gespeicherten Daten:** Hiermit entbinde ich die Ombudsperson von ihrer Verschwiegenheitspflicht im Verhältnis zu dem MD Nord und willige in die Übermittlung der Daten zu meiner **Identität und dem Gegenstand meiner Eingabe** an den MD Nord – auch sofern es sich insoweit um Gesundheits- und Sozialdaten handelt – ein, **damit der MD Nord der Ombudsperson Zugang zu allen meine Eingabe betreffenden personenbezogenen Daten gewähren** kann. Gleichfalls willige ich darin ein, dass der MD Nord und seine zuständigen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, die von dem MD Nord zu meiner Person und dem Gegenstand meiner Eingabe gespeicherten personenbezogenen Daten – auch sofern es sich insoweit um Gesundheits- und Sozialdaten handelt – der Ombudsperson zugänglich macht und entbinde

insoweit den MD Nord und seine Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen von der Schweigepflicht. Diese Einwilligung und Schweigepflichtentbindung gilt auch für Daten, die der Medizinische Dienst Nord von ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichteten Personen (z. B. Ärzten) auf Basis meiner Entbindung dieser Person von deren Schweigepflicht erhalten hat.

**Einholung einer Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Nord:** Hiermit entbinde ich die Ombudsperson von ihrer Verschwiegenheitspflicht im Verhältnis zu dem MD Nord und willige in die Übermittlung **meiner Identität und aller im Zusammenhang mit meiner Eingabe an die Ombudsperson übermittelten Daten** an den MD Nord – auch sofern es sich insoweit um Gesundheits- und Sozialdaten handelt – ein, **damit der MD Nord zu meiner Eingabe gegenüber der Ombudsperson umfassend Stellung kann**. Gleichfalls willige ich darin ein, dass der MD Nord und seine zuständigen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, die von dem MD Nord zu meiner Person gespeicherten personenbezogenen Daten – auch sofern es sich insoweit um Gesundheits- und Sozialdaten handelt – der Ombudsperson **im Rahmen der Stellungnahme des MD Nord** zugänglich macht und entbinde insoweit den MD Nord und seine Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen von der Schweigepflicht. Diese Einwilligung und Schweigepflichtentbindung gilt auch für Daten, die der MD Nord von ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichteten Personen (z. B. Ärzten) auf Basis meiner Entbindung dieser Person von deren Schweigepflicht erhalten hat.

Wenn Sie einverstanden sind, kann die Ombudsperson Ihr Anliegen auch an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Nord weiterleiten, sofern Ihr Anliegen in dessen Zuständigkeitsbereich. Wenn Sie dies wünschen kreuzen Sie bitte die nachfolgende Erklärung an.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ombudsperson meine Eingabe auch an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Nord weiterleitet, sofern der Sachverhalt auch in den Zuständigkeitsbereich des Beschwerdemanagements fällt. Die neben dem vorstehenden zweiten Ankreuzfeld (Einholung einer Stellungnahme des MD Nord gegenüber der Ombudsperson) stehenden Einwilligungen und Entbindungen von der Verschwiegenheitspflicht gelten für die Weiterleitung meiner Beschwerde an das Beschwerdemanagement des MD Nord entsprechend.

## Hinweis auf die Möglichkeit eines Widerrufs

Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einwilligungen und die damit verbundenen Entbindungen von Schweigepflichten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Den Widerruf kann ich bzgl. der Datenverarbeitung durch den Medizinischen Dienst Nord richten an den Datenschutzbeauftragten des Medizinischen Dienst Nord, Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg oder per E-Mail an [datenschutzbeauftragter@md-nord.de](mailto:datenschutzbeauftragter@md-nord.de) sowie bzgl. der Datenverarbeitung durch die Ombudsperson richten an: [ombudsperson@md-nord.de](mailto:ombudsperson@md-nord.de)

## Datenverarbeitung

Eine Zustimmung zur Nutzung der Daten ist z. B. erforderlich, damit die Ombudsperson mit Ihnen in Kontakt treten kann.

- \* Die Ombudsperson und die ihr zugeordneten Mitarbeiter/-innen der Geschäftsstelle der Ombudsperson dürfen die ihr übermittelten personenbezogenen Daten verarbeiten, soweit dies für die Tätigkeit der Ombudsperson erforderlich ist.

---

**Datum, Unterschrift der einsendenden Person**