



MISSIONARY
MEDICAL
Serving those who serve

Vollmacht für die verwendung und/oder offenlegung geschützter daten über den gesundheitszustand

Name des Missionars: _____ DMBA-Kennnummer: _____

ICH BEVOLLMÄCHTIGE HIERMIT jede der unten genannten Parteien, sämtliche geschützten Daten über meinen Gesundheitszustand entgegenzunehmen, zu verwenden und/oder einander offen zu legen:

1. die Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA) einschließlich der medizinischen Abteilung für Missionare
2. Vertreter/Angestellte der Missionsabteilung der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tages
3. die Generalautoritäten der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage
4. meinen Missionspräsidenten und seine Frau
5. meine Pfahlpräsidenschaft bzw. Distriktspräsidenschaft sowie meine Bischofschaft bzw. Zweigpräsidenschaft zu Hause
6. Missions-Training-Center-Mitarbeiter
7. Student-Gesundheitszentrum Personal (BYU Student Health Center)
8. meine Eltern/Erziehungsberechtigten wie unten aufgeführt (ist nichts angekreuzt, wird von der Antwort "Ja" ausgegangen):

Ja Nein Name: _____ Art der Beziehung _____ Geburtsdatum _____

Ja Nein Name: _____ Art der Beziehung _____ Geburtsdatum _____

9. weitere Personen, die ich wie folgt bestimme:

Name: _____ Art der Beziehung _____ Geburtsdatum _____

Name: _____ Art der Beziehung _____ Geburtsdatum _____

- Ich bestätige, dass ich das Merkblatt der DMBA über den Schutz medizinischer Daten erhalten und durchgelesen habe.
- Ich bin mir bewusst, dass mir eine Kopie dieser Vollmacht zusteht.
- Diese Vollmacht gilt vom Tage der Ausstellung an bis ein Jahr nach meiner Entlassung aus dem Missionsdienst, sofern sie nicht vorher schriftlich widerrufen wird, und zwar gegenüber: Deseret Mutual Benefit Administrators, Attention: Missionary Medical, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145-0730, USA.
- Der Widerruf wirkt nur in die Zukunft und besitzt keinerlei Gültigkeit für den Zeitraum vor seinem Eingang.
- Behandlungen, Zahlungen, Anwartschaften oder der berechnete Anspruch auf Krankenversicherungsleistungen hängen nicht davon ab, dass ich diese Vollmacht erteile, sofern dies nicht durch einschlägige Gesetzgebung anders geregelt ist. Eine Weigerung, dieses Formular zu unterzeichnen, oder ein Widerruf kann jedoch meine Berechtigung beeinflussen, als Missionar der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage berufen zu werden oder weiterhin zu dienen.
- Jede Information, die gemäß dieser Vollmacht verwendet oder offen gelegt wird, wird unter Umständen an Dritte weitergegeben und unterliegt dann nicht mehr den Datenschutzbestimmungen.
- Die hiermit genehmigte Verwendung und Offenlegung geschützter Daten über meinen Gesundheitszustand dient der umfassenden Regelung und Verwaltung meiner Gesundheitsvorsorge, solange ich Missionar der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage bin, damit ich als Missionar voll einsatzfähig bleibe und den Anforderungen der Kirche genügen kann.
- Zu den geschützten Daten über meinen Gesundheitszustand, die offen gelegt werden können, gehören meine Krankengeschichte einschließlich der Symptome und Behandlungen sowie aktuelle Diagnosen, Symptome und Behandlungen. Diese Angaben können zur Ermittlung meines körperlichen oder geistigen Zustands und meiner Befähigung, als Missionar zu dienen, herangezogen werden.

Unterschrift des Missionars _____ Datum _____



MISSIONARY
MEDICAL

Serving those who serve

Vollmacht für die verwendung und/oder offenlegung von aufzeichnungen eines psychotherapeuten

Name des Missionars: _____ DMBA-Kennnummer: _____

ICH BEVOLLMÄCHTIGE HIERMIT jede der unten genannten Parteien, sämtliche Aufzeichnungen eines Psychotherapeuten über mich entgegenzunehmen, zu verwenden und/oder einander offen zu legen, falls ich an einer Geisteskrankheit oder unter einer seelischen Störung leide:

1. die Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA) einschließlich der medizinischen Abteilung für Missionare
2. Vertreter/Angestellte der Missionsabteilung der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tages
3. die Generalautoritäten der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage
4. meinen Missionspräsidenten und seine Frau
5. meine Pfahlpräsidentschaft bzw. Distriktspräsidentschaft sowie meine Bischofschaft bzw. Zweigpräsidentschaft zu Hause
6. Missions-Training-Center-Mitarbeiter
7. Student-Gesundheitszentrum Personal (BYU Student Health Center)
8. meine Eltern/Erziehungsberechtigten wie unten aufgeführt (ist nichts angekreuzt, wird von der Antwort "Ja" ausgegangen):

Ja Nein Name: _____ Art der Beziehung _____ Geburtsdatum _____

Ja Nein Name: _____ Art der Beziehung _____ Geburtsdatum _____

9. weitere Personen, die ich wie folgt bestimme:

Name: _____ Art der Beziehung _____ Geburtsdatum _____

Name: _____ Art der Beziehung _____ Geburtsdatum _____

- Ich bestätige, dass ich das Merkblatt der DMBA über den Schutz medizinischer Daten erhalten und durchgelesen habe.
- Ich bin mir bewusst, dass mir eine Kopie dieser Vollmacht zusteht.
- Diese Vollmacht gilt vom Tage der Ausstellung an bis ein Jahr nach meiner Entlassung aus dem Missionsdienst, sofern sie nicht vorher schriftlich widerrufen wird, und zwar gegenüber: Deseret Mutual Benefit Administrators, Attention: Missionary Medical, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145-0730, USA.
- Der Widerruf wirkt nur in die Zukunft und besitzt keinerlei Gültigkeit für den Zeitraum vor seinem Eingang.
- Behandlungen, Zahlungen, Anwartschaften oder der berechnete Anspruch auf Krankenversicherungsleistungen hängen nicht davon ab, dass ich diese Vollmacht erteile, sofern dies nicht durch einschlägige Gesetzgebung anders geregelt ist. Eine Weigerung, dieses Formular zu unterzeichnen, oder ein Widerruf kann jedoch meine Berechtigung beeinflussen, als Missionar der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage berufen zu werden oder weiterhin zu dienen.
- Jede Information, die gemäß dieser Vollmacht verwendet oder offen gelegt wird, wird unter Umständen an Dritte weitergegeben und unterliegt dann nicht mehr den Datenschutzbestimmungen.
- Die hiermit genehmigte Verwendung und Offenlegung geschützter Daten über meinen Gesundheitszustand dient der umfassenden Regelung und Verwaltung meiner Gesundheitsvorsorge, solange ich Missionar der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage bin, damit ich als Missionar voll einsatzfähig bleibe und den Anforderungen der Kirche genügen kann.
- Zu den geschützten Daten über meinen Gesundheitszustand, die offen gelegt werden können, gehören meine Krankengeschichte einschließlich der Symptome und Behandlungen sowie aktuelle Diagnosen, Symptome und Behandlungen. Diese Angaben können zur Ermittlung meines körperlichen oder geistigen Zustands und meiner Befähigung, als Missionar zu dienen, herangezogen werden.

Unterschrift des Missionars _____ Datum _____

Merkblatt über den Schutz medizinischer Daten

Deseret Mutual Benefit Administrators

An: die Vollzeitmissionare der Kirche Jesu Christi der Heiligen der Letzten Tage

AUS DIESEM MERKBLATT GEHT HERVOR, INWIEWEIT MEDIZINISCHE ANGABEN ÜBER SIE VERWENDET UND OFFEN GELEGT WERDEN UND WIE SIE SICH DARÜBER INFORMIEREN KÖNNEN. LESEN SIE ES BITTE AUFMERKSAM DURCH!

Die Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA) sind daran beteiligt, über ihre medizinische Abteilung für Missionare die medizinische Versorgung der Missionare zu regeln und zu verwalten. Dazu ist die DMBA als eine der Kirche angeschlossene Einheit von der Missionsabteilung der Kirche beauftragt worden. Hat die Regierung der Vereinigten Staaten Gesetze und Richtlinien zum Datenschutz verabschiedet, die für die DMBA maßgeblich sind. Dazu gehört unter anderem, dass Ihnen ein solches Merkblatt über den Schutz medizinischer Daten ausgehändigt wird, aus dem hervorgeht, inwieweit Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand verwendet und offen gelegt werden.

1. Inhalt der Unterlagen/Angaben über Ihren Gesundheitszustand

Jedes Mal, wenn Sie ein Krankenhaus, einen Arzt oder einen sonstigen Dienstleister im Gesundheitswesen aufsuchen, wird dieser Besuch dokumentiert. Diese Unterlagen enthalten normalerweise festgestellte Symptome, Untersuchungs- oder Testbefunde, Diagnosen, verordnete Behandlungen und Pläne für die künftige Versorgung oder Behandlung. Auch Schriftverkehr und sonstige Verwaltungsunterlagen können darin enthalten sein.

Geschützte Daten über den Gesundheitszustand (GDG) sind alle persönlichen Angaben, die in Verbindung mit Angaben zum Gesundheitszustand die Identifikation einer bestimmten Person ermöglichen. Diese Daten können in jeder Form gespeichert oder übertragen werden (z. B. auf Papier, elektronisch, mündlich usw.). All diese Angaben, oft als gesundheitliche oder ärztliche Unterlagen bezeichnet, können folgendermaßen eingesetzt werden:

- Ausgangsmaterial für die Planung Ihrer Versorgung oder Behandlung
- Grundlage für den Informationsaustausch zwischen den zahlreichen professionellen Versorgern, die sich um Ihre Gesundheit kümmern
- rechtlicher Nachweis über die Versorgung, die Sie bekommen haben
- Nachweis für Sie oder einen zahlungspflichtigen Dritten, dass berechnete Leistungen tatsächlich erbracht wurden
- Ausbildungsmaterial für Fachpersonal
- Datenmaterial für die medizinische Forschung
- Informationsquelle für die mit der Förderung des Volkswohls beauftragten Gesundheitsämter
- Datenmaterial für die Planung von Gebäuden und für diesbezügliches Marketing
- Feststellung und Überwachung der erbrachten Versorgung und der erzielten Ergebnisse

2. Ihre Rechte an den Angaben über Ihren Gesundheitszustand

Was den im Besitz der DMBA befindlichen Teil der Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand betrifft, haben Sie folgende Rechte:

- Sie können Ihre Unterlagen einsehen und eine Kopie davon erhalten.
- Sie können die Unterlagen berichtigen.
- Sie können die Verwendung und/oder Offenlegung Ihrer Daten beschränken lassen
- Sie können einen Bericht über die Offenlegung Ihrer gesundheitlichen Daten anfordern (sofern diese nicht zwecks Behandlung, Bezahlung oder der Durchführung gesundheitlicher Maßnahmen erfolgte).
- Sie können die anderweitig oder andernorts erfolgte Korrespondenz über Ihren Gesundheitszustand anfordern.
- Sie können Ihre Einwilligung widerrufen, dass Angaben über Ihren Gesundheitszustand verwendet oder offen gelegt werden, soweit dies nicht bereits geschehen ist.

3. Unsere Pflichten

Die DMBA muss:

- Datenschutz gewährleisten, was Angaben über Ihren Gesundheitszustand betrifft
- Sie über ihre gesetzlichen Pflichten und ihre internen Datenschutzbestimmungen aufklären, was die über Sie gesammelten und geführten Angaben betrifft
- den in diesem Merkblatt festgehaltenen Vorgaben genügen
- Sie davon in Kenntnis setzen, wenn sie dem Wunsch nach einer Beschränkung nicht entsprechen kann
- eventuellen Ersuchen Ihrerseits, anderweitig oder andernorts Korrespondenz über Ihren Gesundheitszustand zu erledigen, in zumutbarem Maße nachkommen

Die uns von Ihnen vorliegenden GDG verwenden wir nicht ohne Ihre Einwilligung und legen sie auch nicht offen, sofern es nicht zur Behandlung, Bezahlung, Durchführung gesundheitlicher Maßnahmen oder laut Gesetz erforderlich ist.

Wir behalten uns das Recht vor, für sämtliche von uns verwalteten GDG geltende Verfahren zu ändern und neue Bestimmungen einzuführen. In diesem Falle werden Sie schriftlich über die Änderung informiert.

4. Auskünfte und Meldung von Schwierigkeiten

Falls Sie noch Fragen haben oder sich näher informieren möchten, können Sie sich telefonisch (001-801-578-5650 oder 001-800-777-1647), per Post (P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145-0730, USA) oder per Fax (001-801-578-5907) an den Kundendienstberater oder den Kundendienstleiter der DMBA wenden.

Wenn Sie vermuten, dass ihre Datenschutzrechte verletzt wurden, können Sie beim Kundendienstberater oder beim Kundendienstleiter der DMBA oder bei der US-Behörde für Bürgerrechtsfragen (United States Office for Civil Rights; OCR) Beschwerde einlegen. Die Beschwerde muss schriftlich erfolgen und kann per Post oder elektronisch übermittelt werden. Wie man bei der OCR eine Beschwerde einreicht, erfahren Sie auf deren Internetseite (www.hhs.gov/ocr/hipaa/). Die Einreichung einer Beschwerde hat keine negativen Folgen.

5. Verwendung oder Offenlegung von Angaben zur Behandlung, Bezahlung oder Durchführung gesundheitlicher Maßnahmen

- **Behandlung, Bezahlung und Durchführung gesundheitlicher Maßnahmen:** Wir können die Angaben über Ihren Gesundheitszustand für die Behandlung, die Bezahlung oder die Durchführung gesundheitlicher Maßnahmen verwenden. Beispielsweise werden im Rahmen der Behandlung Angaben von Krankenpflegepersonal, Ärzten oder sonstigen Behandlungshelfern in Ihren Unterlagen verzeichnet und für die Entscheidung verwendet, welche Behandlung für Sie die beste ist. Was die Bezahlung betrifft, bekommen beispielsweise Sie oder ein zahlungspflichtiger Dritter eine Rechnung zugesandt. Was die Durchführung gesundheitlicher Maßnahmen betrifft, können wir die Angaben über Ihren Gesundheitszustand zu Überlegungen heranziehen, wie Informationen besser ausgewertet oder die Kosten der Gesundheitsvorsorge gesenkt werden können.

6. Laut Gesetz gestattete bzw. vorgeschriebene Verwendung oder Offenlegung

- **US-Lebensmittel- und Medikamentenbehörde (United States Food and Drug Administration; FDA):** Unter Umständen reichen wir der FDA gesundheitliche Angaben weiter, wenn sich im Zusammenhang mit Lebensmitteln, Ergänzungsstoffen oder Produkten ein Vorfall ereignet oder wenn ein Produkt bereits in den Handel gelangt ist und der Markt zwecks Rückruf, Reparatur oder Ersatz beobachtet werden muss.
- **Volkswohl:** Sofern gesetzlich vorgeschrieben, müssen wir Ihre GDG eventuell gegenüber denjenigen Behörden offen legen, die mit der Vorbeugung gegen Krankheit, Verletzungen oder Körperbehinderung oder ihrer Überwachung betraut sind.
- **Einrichtungen des Strafvollzugs:** Sollten Sie Insasse einer Strafvollzugsanstalt werden, müssen wir dieser oder den von ihr Beauftragten gegenüber eventuell die für Ihre Gesundheit und die Gesundheit und Sicherheit anderer relevanten GDG offen legen.
- **Strafverfolgung:** Bestimmte GDG müssen wir eventuell, sofern wir gesetzlich oder aufgrund einer rechtskräftigen Vorladung dazu verpflichtet sind, aus Strafverfolgungsgründen offen legen.