

Patientenaufklärung im Rahmen einer praktischen Prüfung der operationstechnischen Assistenz (OTA)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie werden darüber informiert, dass Ihre geplante Operation im Rahmen einer praktischen Abschlussprüfung für Auszubildende der Operationstechnischen Assistenz (OTA) durchgeführt wird. Diese Aufklärung über das Prüfungssetting erfolgt frühzeitig vor Beginn der Prüfung und soll Ihnen die wichtigsten Informationen zum Ablauf vermitteln.

Dabei gilt:

- Die Operation selbst wird wie geplant durch das ärztliche Fachpersonal durchgeführt.
- Auszubildende der operationstechnischen Assistenz nehmen im Rahmen der praktischen Prüfung unterstützend teil.
- Während des Eingriffs sind Prüfer:innen des Klinikums als Ausbildungsträger, sowie eine Fachprüferin/ein Fachprüfer der Berufsfachschule anwesend.
- Es entstehen Ihnen keine zusätzlichen Risiken oder Nachteile.

Die im Rahmen dieser Prüfung erhobenen Daten (Name, Geburtsdatum, Unterschriften) dienen ausschließlich der Dokumentation der erfolgten Aufklärung (6 Abs. 1 lit. a DSGVO).

Ihre Daten werden ausschließlich zu Prüfungszwecken gespeichert und nach Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist gelöscht.

Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft über Ihre gespeicherten Daten zu verlangen sowie deren Berichtigung oder Löschung zu beantragen.

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist das Klinikum:

_____, sowie die Berufsfachschule der San-ak GmbH,

Peschelanger 11, 81735 München

Patientendaten:

Name der Patientin / des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bestätige, dass ich über die Durchführung meiner Operation im Rahmen einer praktischen Prüfung umfassend aufgeklärt wurde und einverstanden bin.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patientin/Patient: _____

Bestätigung der Klinik (Fachprüfer:in)

Name Fachprüfer: _____

Hiermit bestätige ich die Aufklärung gemäß den oben genannten Punkten.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Fachprüfer: _____

Kenntnisnahme durch die Berufsfachschule

Die Berufsfachschule für OTA bestätigt hiermit die Kenntnisnahme der Patientenaufklärung.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Fachprüfer/in der BFS: _____