



Patienteninformation zur Teilnahme am Therapiemanagement mit AirView

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich für die Versorgung mit einem Therapiergerät der Firma ResMed entschieden. Für eine bessere Betreuung bieten wir Ihnen in Zusammenarbeit mit Ihrem betreuenden Arzt ein telemedizinisches Monitoring Ihrer Therapie an. Hierfür verwenden wir AirView der Firma ResMed.

Was ist AirView?

AirView ist eine Onlineanwendung, mit dem Ihr behandelndes Schlaflabor und VIVISOL Ihre Therapie zu medizinischen Zwecken online begleiten und optimieren kann. Dazu werden täglich automatisiert und verschlüsselt Diagnosedaten von Ihrem Schlaftherapiergerät an die Vivisol Heimbehandlungsgeräte GmbH übermittelt.

Welche Daten werden an AirView übertragen?

AirView überträgt folgende Informationen wie zum Beispiel

- Nutzungsstunden
- Maskenleckagen
- Druckverlauf
- Apnoe-/Hypopnoeindex (AHI)
- Therapiemodus und -druck
- Seriennummer des Kommunikationsmoduls

Diese Daten sind pseudonymisiert und enthalten keine persönlichen Informationen wie Ihren Namen oder Ihre Adresse. Sie werden erst in der Darstellung für die Analyse und Bewertung miteinander verknüpft.

Wer hat Zugriff auf die Daten und zu welchem Zweck?

Nur Ihr behandelndes Schlaflabor bzw. der behandelnde Schlafmediziner und VIVISOL haben Zugriff auf Ihre Daten. VIVISOL verwaltet die Zugriffsberechtigungen und entscheidet, welche Information wer und zu welchem Zweck abrufen und nutzen kann. Dies sind zum Beispiel die Analyse und Bewertung Ihrer Behandlung aus medizinischer Sicht, zur optimalen Betreuung und gegebenenfalls zur Anpassung von Geräteeinstellungen.

Das System wird von ResMed, dem Hersteller Ihres Schlaftherapiergerätes bereitgestellt und betrieben. ResMed hat keinen Zugriff auf Ihre persönlichen Informationen.

Bei etwaigen Therapieproblemen liegt es in Ihrer Verantwortung, den Leistungserbringer zu informieren, um eine Hilfestellung und Verbesserung der Therapie zu ermöglichen.

Teilnahme am Therapiemanagement mit AirView.

Die Datenverarbeitung erfolgt durch einen vertraglich gebundenen Auftragsverarbeiter gem. DSGVO auf einem Server in der europäischen Union, der eine Lizenz für das Hosting personenbezogener Gesundheitsdaten entsprechend den geltenden europäischen, deutschen und österreichischen Gesetzen hat.

Mir ist bewusst, dass es durch die elektronische Übertragung über öffentliche Netzwerke zu Zugriffen unbefugter Dritter auf pseudonymisierte Daten kommen kann. VIVISOL kann nicht für Schäden aufgrund des Abfangens jeglicher Kommunikation oder anderer verwandter Verstöße gegen Vorschriften zum Schutz persönlicher Daten haftbar gemacht werden. Mir wurde AirView genau erläutert und meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.

Die Teilnahme, Nichtteilnahme oder ein späterer Widerruf hat keinerlei Einfluss auf meine Behandlung. Ich kann mein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zudem habe ich das Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung meiner Patientendaten in AirView. Dazu muss ich mich unter Tel. +43 1 524 62 83 oder per E-Mail an office@vivisol.at VIVISOL wenden.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an: **VIVISOL Heimbehandlungsgeräte GmbH, Tel. +43 1 524 62 83**

Ich erkläre mein Einverständnis zur Teilnahme am Therapiemanagement mit AirView gemäß obiger Information.

Die VIVISOL Heimbehandlungsgeräte GmbH verarbeitet Ihre Daten nach den Grundsätzen der Datenschutzgrundverordnung gem. Art. 5 DSGVO zum Zwecke der Versorgung auf Grundlage dieser Einwilligung (Art. 6(1) lit. a) und Art. 9(2) lit. a)). Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte ohne Rechtsgrundlage übermittelt und nach der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist datenschutzgerecht gelöscht.

Weitere Informationen zum Datenschutz und zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei VIVISOL finden Sie auf unserer Homepage unter <https://www.vivisol.at/index.php/pages/nutzungshinweise-urheberrecht-datenschutz>.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an folgende E-Mail Adresse: datenschutz@vivisol.at

Unterschrift Patient / Erwachsenenvertreter* / Angehöriger*	Datum	Name Patient / Erwachsenenvertreter* / Angehöriger* (in Blockbuchstaben)
---	-------	--

*falls zutreffend