

Patientenetikett

Datenübermittlung zwischen dem Krankenhaus und Hausarzt und sonstigen Vor-/ Weiterbehandlern

Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und Hausarzt

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art.9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. §73 Abs. 1b SGB V)

Ich bin damit einverstanden, **dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt** zum Zwecke der Dokumentation, Weiterbehandlung und zur Erlössicherung **übermittelt bzw. von diesen eingeholt** werden können. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei unten genanntem Hausarzt.

Ja [] Nein []

Ferner bin ich damit einverstanden, **dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann.** Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja [] Nein []

Mein **Hausarzt** ist:_____
(Name und Anschrift des **Hausarztes**)

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung, Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

(Ort und Datum)_____
(Unterschrift Patient/in bzw. Betreuer, gesetzlicher Vertreter)

Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und sonstigen Vor- und Weiterbehandlern

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen
 Vorbehandler **Weiterbehandler** _____ **(sonstigen Behandler)**
zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem
 Vorbehandler _____ **(sonstigen Behandler)**
vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zum Zweck verarbeiten, zu dem Sie übermittelt worden sind.

Mein **Vorbehandler** ist:_____
(Name und Anschrift)Mein **Weiterbehandler** ist:_____
(Name und Anschrift)Mein _____ **(sonstiger Behandler)** ist:_____
(Name und Anschrift)

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung, Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

(Ort und Datum)_____
(Unterschrift Patient/in bzw. Betreuer, gesetzlicher Vertreter)**Pfalzlinikum für Psychiatrie und Neurologie AdÖR**

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz

Verwaltungsratsvorsitzender: Theo Wieder **Geschäftsführer:** Paul Bomke**Steuernummer:** 24/668/0118/2 **Bank:** Sparkasse Südliche Weinstraße**BIC:** SOLADES1SUW **IBAN:** DE28 5485 0010 0000 0002 40