

Patientenetikett

Einwilligung in das Entlassmanagement und die Datenverarbeitung

(Einwilligungserklärung (Art. 9 Abs. 2h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. § 39 Abs. 1a S. 11 SGB V))

Nur vom gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!

1. Einwilligung in das Entlassmanagement und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das o. g. Krankenhaus für mich ein Entlassmanagement durchführt. Dabei geht es darum, für mich eine lückenlose Anschlussversorgung nach meinem Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zu diesem Zweck darf das Krankenhaus die erforderlichen personenbezogenen Daten verarbeiten. Dazu gehört unter anderem die Weitergabe der erforderlichen personenbezogenen Daten (z.B. die Diagnose, Angaben über die erforderliche Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeinstitutionen) an meinen weiterbehandelnden Arzt und z. B. an Rehabilitationseinrichtungen, Pflegedienste oder Physiotherapeuten.

 Ja Nein

Angaben zu Ziffer 2 nur erforderlich, sofern unter Ziffer 1 „Ja“ angekreuzt wurde:

2. Einwilligung in die Unterstützung des Entlassmanagements durch die Kranken-/ Pflegekasse und die damit verbundene Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass das Krankenhaus meiner Kranken-/Pflegekasse _____ die erforderlichen personenbezogenen Daten (z.B. Angaben über den Umfang und die Dauer der erforderlichen Anschlussversorgung und die einzubindenden Nachsorgeeinrichtungen) übermittelt, damit diese bei Bedarf das Entlassmanagement unterstützen kann. Dies kommt dann in Betracht, wenn bei Notwendigkeit einer Anschlussversorgung eine gemeinsame Organisation dieser Anschlussversorgung durch Krankenhaus und Krankenkasse erforderlich ist. Meine Kranken-/Pflegekasse darf die ihr vom Krankenhaus übermittelten erforderlichen Daten ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Entlassmanagements verarbeiten und nutzen. Über meine Einwilligung hierzu informiert das Krankenhaus meine Kranken-/Pflegekasse.

 Ja Nein

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise ohne Angaben von Gründen schriftlich/elektronisch widerrufen. Willige ich nicht in das Entlassmanagement und die unter 1. und 2. genannten Punkte ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass Anschlussmaßnahmen möglicherweise nicht rechtzeitig eingeleitet werden oder beginnen. Der Widerruf gilt nur für die Zukunft.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/ gesetzlicher Vertreter/ Betreuer:

Name, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters

Pfalzkl. Klinikum 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