

**Patientenetíkkett**

Unsere Einrichtungen befinden sich in:  
Klingenímúnster, Kaiserslautern, Kusel,  
Landau, Speyer, Rockenhausen, Wörth,  
Pirmasens

## **Datenübermittlungen zwischen Krankenhäusern und Hausärzten/ sonstigen Vor-/Nach-/Weiterbehandlern**

**Verwendbar für gesetzlich und privat krankenversicherte Patienten**

### **Einwilligung in Datenübermittlungen zwischen Krankenhaus und Hausärzten / sonstigen Vor-/Nach-/Weiterbehandlern**

(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs.1a, Art.9 Abs. 2a DS-GVO/§ 6 Ziff. 2, § 13 Abs. 2 Ziff. 1 DSG-EKD / § 6 Abs. 1b, § 11 Abs. 2a KDG)

#### **1. Datenübermittlungen des Krankenhauses an Hausärzte / sonstige Ärzte/ Behandler:**

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt/ sonstigen Vor-/Nach-/Weiterbehandler zum Zwecke der Dokumentation und/oder Weiterbehandlung übermittelt. Dabei dient insbesondere die Übermittlung an den **Hausarzt** der Erstellung und Vervollständigung einer von diesem durchzuführenden zentralen Dokumentation sowie ggf. zur weiteren Behandlung. Meine Einwilligung gilt unabhängig davon, ob meine Weiterbehandlung direkt im Anschluss an diesen Krankenhausaufenthalt von meinem Hausarzt / sonstigen Arzt/ Behandler übernommen wird.

Es können mehrere Ärzte angegeben werden.

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

#### **2. Anforderung von Daten von Hausärzten / sonstigen Ärzten / Behandlern:**

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt bzw. sonstigen Vorbehandler/ Behandler vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu den Zwecken verarbeiten, zu denen sie übermittelt worden sind.

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärzte, sofern bekannt)

**Ihre Einwilligung ist freiwillig. Wenn sie keine Einwilligung erteilen, kann dies möglicherweise zu Nachteilen bei der aktuellen oder einer künftigen Behandlung führen, wenn behandlungsrelevante Daten nicht vorliegen.**

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

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. Betreuer, gesetzlicher Vertreter)

**Pfalzklíníkiúm für Psychiatrie und Neurologie AdÖR**

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz

**Verwaltungsratsvorsitzender:** Hans-Ulrich Ihlenfeld

**Geschäftsführer:** Paul Bomke

**Steuernummer:** 24/668/0118/2 **Bank:** Sparkasse Südpfalz

**BIC:** SOLADES13UV **IBAN:** DE28 5485 0010 0000 0002 40

Formular-Nr. 19509

Seite 1 von 1